



Parcours de soins et devenir d'une cohorte d'adolescents pris en charge en hôpital de jour : à partir d'une étude descriptive

Marie Delahaye

► To cite this version:

Marie Delahaye. Parcours de soins et devenir d'une cohorte d'adolescents pris en charge en hôpital de jour : à partir d'une étude descriptive. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00747543

HAL Id: dumas-00747543

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00747543>

Submitted on 31 Oct 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2012

N°

PARCOURS DE SOINS ET DEVENIR D'UNE COHORTE D'ADOLESCENTS PRIS EN CHARGE
EN HOPITAL DE JOUR : A PARTIR D'UNE ETUDE DESCRIPTIVE

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

Marie DELAHAYE

Née le 02 Juillet 1984, à Chambéry

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE*

Le 30 Octobre 2012

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : Monsieur le Professeur T. BOUGEROL

Membres

Monsieur le Professeur J.L. TERRA

Monsieur le Professeur D. PLANTAZ

Madame le Docteur E. GAUTIER

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Thierry BOUGEROL,

Professeur Universitaire de Psychiatrie,

Praticien Hospitalier,

Responsable de la Clinique Universitaire de Psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble.

Vous nous faites l'honneur de présider le jury de cette thèse et de juger ce travail.

Nous vous remercions du soutien manifesté à notre égard tout au long de l'internat et avons toujours apprécié votre bienveillance et l'ouverture d'esprit que vous avez essayé de nous transmettre.

Dans vos enseignements comme dans votre service, nous avons particulièrement apprécié votre souci de rigueur et la finesse de votre sens clinique.

Veillez trouver dans ce travail notre reconnaissance envers votre disponibilité et vos qualités pédagogiques.

Veillez recevoir à travers cette thèse l'assurance de notre considération et de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Jean-Louis TERRA,

Professeur Universitaire de Psychiatrie,

Praticien Hospitalier,

Chef de service, Centre Hospitalier Le Vinatier, Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble.

Nous vous remercions infiniment de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury pour juger notre travail et pour l'intérêt que vous y avez porté.

Nous avons eu le privilège de bénéficier de la qualité de votre enseignement, au commencement de notre internat, enseignement dont nous avons particulièrement apprécié l'interactivité.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Dominique PLANTAZ,

Professeur universitaire de Pédiatrie,

Praticien Hospitalier,

Responsable de la Clinique Universitaire de Pédiatrie, Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble.

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Nous vous remercions pour la qualité de votre enseignement dont nous avons pu bénéficier au cours de l'externat.

Veillez recevoir ici l'expression de notre sincère considération et de notre gratitude.

A notre directeur de thèse,

Madame le Docteur Elisabeth GAUTIER,

Pédopsychiatre, Praticien Hospitalier,

Médecin Responsable de la Maison des Adolescents Sud Isère, Centre Hospitalier Alpes Isère

Vous nous faites l'honneur de diriger cette thèse.

Vous nous avez guidés avec bienveillance et patience tout au long de cet exercice, depuis bientôt deux ans. Nous vous remercions ici de la disponibilité que vous avez bien voulu nous accorder.

Nous vous remercions vivement de l'aide et du soutien apporté au cours de ce travail, de vos encouragements et de la richesse de vos propos. La concision et l'opportunité de vos conseils nous ont permis de mieux situer notre interrogation. Nous avons tout particulièrement apprécié votre engagement et votre aide dans la rédaction d'un travail rigoureux.

Veillez trouver ici notre témoignage de gratitude tant pour les connaissances théoriques transmises que pour la richesse du compagnonnage clinique que vous avez parallèlement institué. Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

A mes parents et beaux-parents, pour leur amour et leur réconfort, leur générosité et leur bienveillance, pour avoir toujours été là quand j'en avais besoin....

A Sam, pour son soutien et sa patience, ses éclats de rire si précieux, et pour tout ce que nous allons enfin pouvoir partager...

A toute ma famille, belle-famille, et mes amis pour leur affection et leurs encouragements, pour tous les moments de complicité et d'échange et ceux à venir...

A ma cousine angliciste pour ses conseils avisés.

A tous ces patients qui ont laissés trace en moi, et qui ont donné sens au travail que je veux faire, à tous ces jeunes en construction qui n'ont pas toujours été gâtés par la vie et qui s'accrochent malgré tout, à toutes ces femmes et à tous ces hommes vus dans des moments de détresse et qui m'ont fait confiance. A toutes ces rencontres au cours de mon internat et à toutes celles à venir...

A tous ces patients et familles qui ont accepté de partager un peu de leur intimité à distance des soins et revenir sur une période difficile de leur existence, au cours de ce travail d'enquête. A ce petit rien qui échappe aux chiffres et aux mots et qui fait que chaque histoire est différente.

A toute l'équipe de la Maison des Adolescents et en particulier de l'Hôpital de jour du Centre Hospitalier Alpes Isère, au Docteur Julie LANSOY-BARON, Madame MOREAU, Madame GRAZIANA, Madame GASSAUD, Madame HOTELIER, Monsieur MONOURY, Madame DUCARRE et Madame HEGEDUS, pour leur soutien tout au long de ce travail et les retours positifs partagés ensemble.

A toute l'équipe du Département de Psychopathologie de l'Adolescent du Centre Hospitalier de la Savoie, en particulier au Docteur Laurent LABRUNE, Docteur Sabine CURELLI, Docteur Séverine LOCHET, Madame Christine SOBKOWIAK, et Madame Thérèse BERNARD, pour l'enrichissement permanent au cours de cette année passée auprès d'eux. Cette expérience clinique et humaine m'a donné envie d'approfondir ma pratique auprès d'adolescents, en donnant sens à la dimension psychothérapique du soin, par la place conférée à la parole, ainsi que par une pratique teintée d'optimisme malgré la lourdeur des situations de vie présentées.

A toute l'équipe de l'Intersecteur d'Alcoologie et des Conduites Addictives du Centre Hospitalier Alpes Isère, en particulier au Docteur Olivia CHAL, Monsieur Régis MIRAMONT, Madame Agnès BRUCKERT et Madame Maguy LECOIS, qui m'ont permis de faire évoluer le regard que je portais sur le patient et la place à lui donner dans le système de soins.

A toute l'équipe du Pôle Urgences du Centre Hospitalier Alpes Isère, en particulier au Docteur Mustapha BENSAAADI, Docteur Diane BOURDERY, Docteur Christine

HEYWARD, Docteur Guillemette VIDAL, Madame Claudine GONTHIER et Madame Evelyne ALESSANDRI, *pour leur soutien dans ces derniers mois intenses* .

A l'équipe des Thérapies systémiques du CHS de la Savoie et en particulier au Docteur Alain CHABERT *pour l'ouverture d'esprit qu'ils essayent de faire partager et transmettre*.

Au Professeur Jean-Luc CRACOWSKI et au Docteur Anne EGO du Centre d'Investigation Clinique du C.H.U. de Grenoble (INSERM, Unité de Pharmacologie Clinique, CIC3) *pour leurs conseils méthodologiques*.

RESUME :

Introduction :

Ce travail, basé sur une étude descriptive et catamnestique d'une cohorte d'adolescents pris en charge en hôpital de jour, a pour objectif de décrire le profil des jeunes patients, leur inscription dans les soins et leur devenir à moyen terme.

Population et méthode :

La population incluse dans l'étude comprend l'ensemble des patients admis à l'hôpital de jour pour adolescents du Centre Hospitalier Alpes Isère depuis son ouverture en 1998 jusqu'à 2009, à l'exclusion des jeunes qui n'étaient pas majeurs au moment de l'étude (en 2012), soit un total de 100 adolescents.

Cette étude repose sur un travail en deux temps :

- *Rétrospectif*, basé sur une *relecture des dossiers* tenant compte des éléments médicaux, sociaux et de critères permettant d'évaluer le déroulement de la prise en charge, notamment l'inscription dans les soins.

- *Catamnestique*, basé sur une *enquête téléphonique* réalisée en 2012 à partir d'un questionnaire semi-dirigé s'intéressant au devenir médico-social de ses jeunes mais aussi à leur regard à distance sur la prise en charge.

Résultats :

Les *données rétrospectives* font ressortir :

- L'hétérogénéité de la population accueillie, tant au niveau de la symptomatologie présentée et des diagnostics posés, qu'au niveau de la trajectoire médicale et sociale antérieure.
- La prise en charge est marquée par une difficulté d'inscription aux soins pour 53% de la population.

Le taux de perdus de vue s'élève à 11%. Les *données catamnestiques* dessinent 3 profils évolutifs d'un point de vue clinique, chacun regroupant environ un tiers des patients:

- 29% évoluent défavorablement vers l'instabilité avec ou sans soins, dont 3 décédés. La maladie psychique et/ou la précarité sociale sont alors au premier plan et interfèrent avec toutes les dimensions de la vie du sujet et notamment relationnelles et professionnelles.
- 34% évoluent vers une stabilité qui reste tributaire des soins. La maladie psychique est présente mais le jeune adulte parvient à minimum d'autonomie psychique et parfois d'insertion, le plus souvent dans le monde du travail adapté.
- 26% évoluent favorablement vers une stabilité sans soin. La maladie n'est plus apparente, et même si ses impacts d'autrefois ont pu laisser des traces, la vie de ces jeunes adultes s'apparente à celle de tout jeune de cet âge, l'autonomie reste assujettie aux contraintes économiques mais l'autonomie psychique est réelle.

L'*analyse statistique des données* à partir du critère de l'inscription aux soins fait apparaître deux populations distinctes, avec deux comportements différents face aux soins:

- La population qui adhère difficilement à la prise en charge se caractérise par une « confrontation » aux soins psychiatriques plus tardive et discontinue et présente plus souvent un diagnostic du registre du trouble de personnalité ou de trouble du comportement et des émotions. L'échappement aux soins se maintient fréquemment à

l'âge adulte, l'évolution se fait majoritairement vers l'instabilité ou sinon la stabilité sans soin.

- La population qui investit les soins le fait dans la continuité de prises en charges antérieures, avec un diagnostic plus souvent du registre psychotique. L'alliance thérapeutique se retrouve à l'âge adulte, l'évolution se fait principalement vers la stabilité avec soins.

L'analyse statistique des données rétrospectives en fonction du devenir permet de repérer des facteurs rétrospectifs corrélés à chacune des évolutions (instabilité, stabilité avec soins, stabilité sans soin), dans l'idée de définir la conduite à tenir en cas de décrochage de la prise en charge. Nous proposons ces facteurs pour pouvoir mieux adapter le projet de soin, notamment au regard d'un refus du jeune de poursuivre les soins en hôpital de jour.

Discussion :

Pour certains jeunes, l'hôpital de jour apparaît comme n'étant finalement pas nécessaire :

On observe une sorte de sélection naturelle des problématiques socio-éducatives dont la prise en charge s'interrompt d'elle-même très rapidement, par intervention de l'équipe ou refus du jeune, l'indication posée d'hôpital de jour agissant pour certains comme une injonction paradoxale, leur permettant d'utiliser des ressources insoupçonnées.

Pour certains jeunes, quand bien même leur état psychique relèverait de soins psychiatriques institutionnels, l'inscription dans la démarche de soin que représente l'hôpital de jour n'est pas possible tel que le soin leur a été proposé : il apparaît nécessaire de repenser l'hôpital de jour pour rendre le cadre plus contenant (contrat de soins, limites temporelles définies, travail en réseau) tout en assouplissant le contenu pour le rendre plus acceptable (changement du signifiant « hôpital de jour », homogénéité des groupes)

Pour la population qui investit les soins en hôpital de jour et qui pour partie amorce un parcours de soin qui s'annonce dans la durée : Il est essentiel d'améliorer le relai avec les structures adultes, qui s'il est mal anticipé, peut être à l'origine d'une rupture secondaire des soins.

Conclusion :

Les troubles de l'adolescence qui échappent aux prises en charges institutionnelles proposées constituent un groupe à risque. Leur prise en charge et leur orientation impliquent une vigilance importante dans leur prise en charge et leur orientation, avec une pratique de réseau et une vision à long terme des difficultés. L'analyse rétrospective des dossiers médicaux permet d'apporter des éléments sur les facteurs de risque d'évolution psychopathologique péjorative et sur les facteurs influençant la demande de soins.

Mots-clefs : Hôpital de jour, Psychiatrique, Adolescence, Alliance thérapeutique, Enquête, Devenir

SUMMARY

TITLE: DESCRIPTIVE STUDY OF A COHORT OF TEENAGERS ADMITTED TO A DAY PROGRAM, THERAPEUTIC ALLIANCE DURING THE TREATMENT AND MID-TERM OUTCOME

Introduction :

This essay, which goes by the descriptive study of a cohort of teenagers treated in partial hospitalization, shall aim at describing the profile of those young people admitted to such clinics as well as their treatment and looking into their mid-term outcome.

Population and method :

The following study includes all the patients who have been admitted to the teenage day ward of the Centre Hospitalier Alpes Isère since it opened in 1998 until 2009 but those who were minors at the time the study was held (2012), that is, 100 teenagers.

It is based on a two-fold analysis:

- First it consisted in rereading the files considering not only medical but also social elements as well as criteria allowing to evaluate the proceedings of the care provided and the treatment prescribed.
- Then a catamnestic study was led, based on a phone inquiry carried out in 2012 which used a semi-open questionnaire. The latter not only focused on their medico-social future but also on what they thought, in retrospect, of the care provided.

Results :

The retrospective datas show:

- The heterogeneity of the patients admitted, concerning not only the diversity of symptoms the patients displayed and thus the various diagnoses established but also their medical history as well as social background.
- The care process is marked by a difficulty to get 53% of the patients to accept treatment

When the catamnestic inquiry was led, the rate of young people who were never to be seen again amounted to 11%.

The catamnestic datas reveal 3 evolutive profiles, from a clinical point of view, each of them gathering about one third of the patients.

- 29% turn out unstable with or without treatment, 3 of them being deceased. The mental illness and/or the social precarity prevail and interfere with every aspects of the subject's life, namely relational and professional.
- 34% are on the way to reaching a state of stability but it is still dependent on the treatment. The mental illness is there but thanks to the treatment it does not take over every aspect of the subject's life who is able to rely a minimum on his mental faculties and sometimes adjust, most of the time to a suited workplace.
- 26% are on the way to reaching a state of stability without requiring treatment, the mental illness is nonexistent and, even though it sometimes left scars, the life led by those young adults is similar to that of their peers, their self-reliance is subjected to economic duress but their ability to rely on their mental faculties is real.

The datas' statistic analysis based on the criteria of their commitment to treatment reveal two distinct types of subjects, displaying two distinct behaviors towards treatment.

- The first category who does not easily accept to be treated find themselves 'confronted' to psychiatric care later in their teenage years and alternate on-treatment with off-

treatment periods. The subjects are often diagnosed with personality disorders or behavioral and emotional disorders. Their propensity to avoid medical care often persists once they have grown into adults, most of the time they mainly turn out unstable and then reach a state of stability without requiring treatment.

- The second category is committed to the treatment and more prone to conforming to the program and is often diagnosed with psychotic disorders. The therapeutic alliance is present once they have grown into adults, they mainly reach a state of stability with treatment.

The retrospective data's statistical analysis according to what has become of the patients enables to detect some retrospective factors related to each shift (instability, stability with treatment, stability without treatment) so as to know what to do in case of quitting. We present those factors to be able to adjust the treatment, more specifically when some patients refuse to carry on the treatment in the day care unit.

Discussion :

- For some young people, day program does not seem to be a necessity: a natural selection, more subjected to their social and personal backgrounds than their medical history, occurs and the treatment is quickly stopped because either the medical team or the teenager decided not to go through with it. For some of them, being admitted to day ward works like a paradoxical injunction as it enables them to resort to unsuspected faculties in order to prove they do not require treatment.

- For some young people, even if their mental state were to require institutional psychiatric care, committing to the treatment provided by day ward is not possible considering how it is now offered: day ward must be rethought so as to make the settings fuller (more formal admission with treatment contracts, specific time limits, networking) while making the content more flexible so it becomes more acceptable to everyone by trying to keep the weight of the hospital's signified as well as the stigmatising representations of the mental illness (shift of the signified 'day ward', homogeneity of the groups or treatment days).

- For those who commit to their treatment in the day care unit and partly start a continuous treatment: working in collaboration with clinics for adults is crucial. Indeed, should the transition not be anticipated properly, it could cause a break from treatment.

Conclusion :

Young adults suffering from teenage disorders which are not taken care of by institutions are at risk and as such, require to be watched over when treated and carefully guided through the whole program. Networking as well as foreseeing any difficulty they might encounter in the long term will thus come out as necessities. The retrospective analysis of medical files highlights which factors might aggravate psychopathologic symptoms and which ones would prompt the patients to seek treatment.

LISTE DES ABREVIATIONS

AAH : Allocation Adulte Handicapé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ASSEDIC : Association pour l'Emploi dans l'Industrie et le Commerce

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CFTMEA : Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent

CLEPT : Collège Lycée Elitaire Pour Tous

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

HDJ : Hôpital De Jour

IME : Institut Médico-Educatif

IMPro : Institut Médico-Professionnel

ITEP : Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées (Maison Départementale de l'Autonomie en Isère)

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

RAI : Réseau Adolescents Isère

RSA : Revenu de Solidarité Active

SEGPA : Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté

TABLE DES MATIERES :

I. <u>INTRODUCTION</u>	p 16
II. <u>MATERIEL ET METHODE</u>	p 18
A. Objectifs de l'étude.....	p 18
B. Population	p 19
C. Protocole de l'étude.....	p 19
D. Méthode d'analyse des données recueillies	p 23
III. <u>RESULTATS</u>	p 21
A. Description de la population suivie et du déroulement de la prise en charge en hôpital de jour et du devenir de cette cohorte d'adolescents au moment de l'étude (2012).....	p 24
1. Description des données rétrospectives	p 24
2. Description des données catamnestiques	p 35
B. Regard porté à distance sur la prise en charge	p 46
C. Premier axe d'analyse statistique : à partir du critère de l'inscription aux soins	
1. Comparaison des données rétrospectives.....	p 49
2. Comparaison des données catamnestiques	p 51
D. Deuxième axe d'analyse statistique : à partir du critère du devenir.....	p 55
E. Corrélations des diagnostics au fur et à mesure de la prise en charge...	p 58
IV. <u>DISCUSSION ET PERSPECTIVES</u>	p 59
A. Discussion des biais méthodologiques de notre étude.....	p 59
B. Discussion de certains points de résultats et comparaison avec les données retrouvées dans la littérature.....	p 61
C. Perspectives : Quelques réflexions inspirées par l'étude et suggestions cliniques pour y répondre en pratique	p 70
V. <u>CONCLUSION</u>	p 83
VI. <u>BIBLIOGRAPHIE</u>	p 87

VII. ANNEXE	p 96
<u>Annexe 1 : PROBLEMATIQUE</u>	p 96
Réflexions sur la place des Hôpitaux de jour pour adolescents dans l'offre de soin	
<u>Annexe 2 : CADRE THEORIQUE</u>	p 101
A. Evolution des troubles de l'adolescence	p101
a) Etat des lieux des études épidémiologiques sur les troubles psychiques de l'adolescence et leur évolution	p 101
b) Spécificités des troubles psychiatriques de l'adolescence et de leur évolutivité : quelques conceptions psychopathologiques	p 103
B. L'outil de soin « hôpital de jour »	p 109
a) Hôpital de jour, fonctions et finalités	p 109
b) Spécificités d'un hôpital de jour pour adolescents	p 116
<u>Annexe 3 : MATERIEL ET METHODE</u>	p 126
A. Pourquoi le choix de cette méthodologie ? Quelques explications	p 126
B. Courrier adressé aux jeunes	p 127
C. Courrier adressé aux familles	p 128
D. Questionnaires semi-dirigé rempli lors de l'entretien téléphonique	p 129
<u>Annexe 4 : RESULTATS</u>	p 133
A. Résultats détaillés non présentés	p 133
B. Mortalité	p 136
C. Tableaux comparatifs des données rétrospectives dans les sous-populations définies selon l'axe du déroulement de la prise en charge	p 138
D. Tableaux comparatifs des données catamnestiques dans les sous-populations définies selon l'axe du déroulement de la prise en charge	p 143
E. Tableaux comparatifs des données rétrospectives dans les sous-populations définies selon l'axe du devenir	p 148
F. Tableaux comparatifs des données catamnestiques dans les sous-populations définies selon l'axe du devenir	p 153

G. Comparaison du devenir des 2 sous-populations qui ne parviennent pas à s'inscrire dans les soins en hôpital de jour.....	p 157
a. Y'a-t-il une différence de devenir entre la population dont la prise en charge s'interrompt dans les 3 mois et la population pour laquelle on cherche à maintenir la prise en charge malgré un taux d'absentéisme élevé?	
b. Y'a-t-il une différence de devenir entre ces jeunes souvent absents selon que la prise en charge est interrompue dans l'année ou maintenue plus d'un an ?	
H. Corrélations détaillées des diagnostics posés au fur et à mesure de la prise en charge.....	p 159
a. Corrélation du diagnostic posé lors de prises en charge antérieures au diagnostic posé lors de l'Hôpital de Jour.....	p 159
b. Corrélation du diagnostic posé lors de l'Hôpital de Jour au diagnostic actuel.....	p 162
c. Corrélation du devenir à l'âge adulte au diagnostic posé lors de la prise en charge en Hôpital de jour	p 166
I. Regard porté à distance sur la prise en charge : quelques commentaires détaillés.....	p 169
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	p 175

I. INTRODUCTION

L'hôpital de jour est destiné aux jeunes qui présentent des troubles psychiques nécessitant un traitement institutionnel soutenu et dont les difficultés de symbolisation appellent à des médiations. Les indications thérapeutiques ne sont pas posées en fonction des seuls critères symptomatiques ou de la maladie, mais suivant le degré d'efficiences de l'appareil psychique du patient et le caractère plus ou moins étayant et contenant de l'environnement.

La littérature sur la prise en charge en hôpital de jour pour enfants est riche, témoignant d'une modalité de soin reconnue et bien établie. La littérature portant sur cet outil de soin spécifiquement destiné aux adolescents est beaucoup plus limitée, on ne retrouve que peu d'études statistiques, certainement en lien avec l'hétérogénéité de la population accueillie intra et inter-hôpital de jour. Des critères définissant la population accueillie en hôpital de jour pour adolescents ne sont pas établis, ni encadrés par des recommandations de bonne pratique. Ces critères d'inclusion sont internes à chaque structure et souvent fluctuants au cours du temps, des responsables, des équipes, des situations rencontrées... Cela témoigne notamment de la difficulté à mettre ces adolescents dans une case diagnostique bien définie, d'une part parce que la symptomatologie évolue bien souvent au fil du temps (ainsi que le regard qu'on pose sur eux), d'autre part parce que les symptômes sont souvent intriqués, entrant dans plusieurs cadres diagnostiques. Mais sans entrer dans la question du diagnostic, nous sommes tous amenés à nous questionner un jour ou l'autre sur devenir de ses jeunes...

Les études portant sur le devenir des troubles de l'adolescence ne sont pas nombreuses en comparaison aux études se penchant sur l'évolution des troubles de l'enfance, même si cette question est une préoccupation constante des équipes. La reconstitution de trajectoires complètes, incluant donc la prise en charge et le devenir après la sortie, paraît indispensable à l'évaluation de toute intervention thérapeutique : quel lien, quelles logiques entre les mouvements psychiques observés et les devenir sociaux des patients ?

Dans une population d'adolescents, pour des organisations psychiques comparables peuvent correspondre des évolutions totalement différentes. C'est souvent à l'adolescence que s'opère cette bascule dans un sens ou dans l'autre, vers une adaptation ou une instabilité. L'interaction avec l'environnement et la qualité des liens à cet âge sont susceptibles de déterminer la façon dont un sujet va utiliser ses potentialités. La réalité externe apparaît comme une médiation possible susceptible de renforcer ou désorganiser l'équilibre psychique ; le soin va venir prendre sa place au cœur de cet enjeu. L'hôpital de jour, en tant que lieu institutionnel de choix, est un des outils entre nos mains pour tenter de jouer sur cette réalité externe.

Les structures de soins psychiatriques se sont toujours confrontées au dilemme généré par l'accueil de patients adolescents dans des tranches d'âges qui font de ces sujets des individus sortis de l'enfance mais encore étrangers à l'âge adulte. Les pathologies psychiatriques avérées ou les situations de crise évolutives posent ainsi le problème d'une démarche de soins spécifiques. Même si la place de tels outils de soins institutionnels (tels que l'hôpital de jour

ou le CATTP) spécifiquement destinés aux adolescents n'est plus remise en question, il est essentiel de s'interroger si ces nouveaux moyens mis en œuvre sont appropriés et finalement bien adaptés à cette population même si pensés pour eux vers quelles évolutions nous devons les orienter.

Le premier objectif de ce travail de thèse est de décrire la population accueillie dans un hôpital de jour pour adolescents, en tentant d'y associer le déroulement de la prise en charge, constatant qu'avec une fréquence élevée l'adhésion du jeune aux soins fait défaut. L'idée étant d'ouvrir un travail de réflexion sur les indications d'hôpital de jour à l'adolescence, de tenir éventuellement compte de possibles facteurs corrélés à ces difficultés d'inscription aux soins et sur les moyens à envisager pour y remédier.

Notre deuxième objectif est de décrire le devenir de cette population et d'essayer de repérer des facteurs corrélés à l'évolution afin d'élaborer des hypothèses permettant d'avancer des propositions thérapeutiques.

II. MATERIEL ET METHODE

A. OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif de notre étude est de décrire la population accueillie dans un hôpital de jour pour adolescents, le déroulement de la prise en charge, et d'y corréler leur devenir médico-social à moyen terme, en tenant compte notamment de leur possibilité d'inscription ou non dans la prise en charge en hôpital de jour.

Objectif principal :

L'objectif général de cette étude est de décrire le profil des adolescents admis en hôpital de jour, le déroulement de la prise en charge et leur devenir à distance.

Objectifs secondaires :

L'objectif secondaire est d'interroger l'adéquation de notre dispositif institutionnel à la population accueillie, c'est-à-dire de façon plus spécifique :

- De reconstituer le parcours de soin, la trajectoire sociale et institutionnelle préalable à l'hôpital de jour et de saisir l'articulation entre la problématique d'entrée et le cadre de prise en charge proposé
- De décrire plus précisément les sous-populations induites par notre cadre institutionnel en termes de durée de prise en charge, de sortie prématurée ou de réorientation, et de taux d'absentéisme élevé
- D'y corréler si possible leur devenir médico-social à l'âge adulte après plusieurs années de recul, à partir de ces mêmes sous-populations

La difficulté d'inscription dans la prise en charge en hôpital de jour, particulièrement fréquente pour les soins à l'adolescence, est-elle spécifique d'une population particulière, aussi bien au niveau de ses caractéristiques sociodémographiques que cliniques, et peut-elle s'anticiper ? Est-elle spécifique de l'adolescence et de cette modalité de prise en charge ou se retrouve-t-elle dans la suite du parcours de soins et à différents âges de la vie ? Est-elle associée à un devenir particulier ?

L'indication d'hôpital de jour étant un critère de sévérité, soit du fait du trouble en soi, soit du fait du débordement de l'entourage, comment évolue cette population ? Certains éléments cliniques peuvent-ils nous alerter sur leur devenir ? Comment évoluent la symptomatologie présentée, les diagnostics posés au fil de la prise en charge, entre l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte ?

B. POPULATION

La cohorte faisant l'objet de cette étude comprend l'ensemble des adolescents pour lesquels une **indication de prise en charge à l'Hôpital de Jour pour adolescents** du Centre Hospitalier Alpes-Isère (Saint-Egrève) a été portée depuis l'ouverture en Janvier 1998, (et ce **quelle que soit la durée des soins et la nature des troubles présentés**), et dont la prise en charge a pris fin au plus tard en Décembre 2009 (pour permettre à la fois un recul et un nombre d'inclus suffisant). Le total des admissions entre ces deux dates s'élève à 102 adolescents. On retient comme seul critère d'exclusion le fait que le jeune ne soit pas majeur au moment de l'étude, ce qui est le cas pour deux adolescents. La cohorte se compose donc au total de **100** adolescents.

- **Critères d'inclusion** : Admission, déroulement et fin de la prise en charge entre 1998 et fin décembre 2009, quelle que soit la durée de la prise en charge : **102** patients inclus
- **Critères d'exclusion** : On retient comme seul critère d'exclusion le fait que le jeune ne soit pas majeur au moment de l'étude : **2** patients exclus

C. PROTOCOLE DE L'ETUDE:

L'étude s'est déroulée en deux parties.

1. Pour la partie rétrospective de l'étude :

Le travail rétrospectif a été réalisé à partir de la **relecture complète des dossiers** médicaux datant de la période de prise en charge en hôpital de jour, comprenant les *dossiers de consultations du département adolescent* et les *dossiers spécifiques de la prise en charge en hôpital de jour*. Les données ont été dès recueil rendues anonymes.

L'outil de recueil d'information pour la partie rétrospective:

Il s'agit d'un questionnaire renseigné à partir des dossiers, rassemblant les informations **sociodémographiques** (sexe, âge à l'admission) et **cliniques** (scolarité, facteurs familiaux influençant l'état de santé (séparation des parents, inactivité professionnelle, immigration, antécédents psychiatriques ou somatiques lourds, décès, abandon, déchéance de l'autorité parentale, non reconnaissance par le père, maltraitance), modalités de suivi antérieures et parallèles (nature du suivi, âge du premier contact avec la pédopsychiatrie, suivi continu ou discontinu, parcours institutionnel préalable (hôpital de jour ou hospitalisation temps plein)), diagnostic selon la CIM-10, traitement psychotrope, résultat des tests psychométriques), l'adresseur, le **déroulement des soins** (durée effective de la prise en charge, taux de présence, survenue d'une hospitalisation complète et nombre de jours), leurs conditions de départ et leur situation immédiate après l'hôpital de jour (motif de sortie, état, situation et suivi à la sortie, reprise d'une scolarité ou d'une formation).

Un certains nombres de données autres ont été recherchées mais n'ont finalement pu être étudiées, les données manquantes étant beaucoup trop élevées. Par exemple, il n'a pas été possible de retrouver dans les dossiers de manière satisfaisante des informations fiables renseignant sur le niveau socio-économique des parents, cet item a donc été abandonné. Il n'a pas non plus été possible de retenir comme critères d'étude le temps de prise en charge par semaine (nombre de demi-journées ou journées) ainsi que la nature des prises en charge groupales auxquelles l'adolescent a participé du fait de fluctuations trop importantes au fur et à mesure de la prise en charge, le planning de chaque jeune étant possiblement modifié à l'issue de chaque synthèse ou en fonction de la clinique ou des difficultés de prise en charge.

Il faut également tenir compte des difficultés particulières à poser un diagnostic à l'adolescence, souvent subjectif et fluctuant selon les intervenants mais aussi au fur et à mesure de la prise en charge. Une partie importante des diagnostics posés selon la CIM 10 retrouvés dans les dossiers se réfèrent aux facteurs environnementaux (cotation selon l'axe Z), choix médical permettant de ne pas enfermer le patient dans une case diagnostique qui restreindrait ses perspectives d'évolution et dont il serait parfois difficile de le sortir, tout en témoignant de la réalité clinique en permettant de garder la participation systémique au trouble. Ces variations diagnostiques selon l'intervenant ou le temps de la prise en charge n'ont pu être effacées dans notre étude, la majorité des diagnostics sont resté stables au fur et à mesure de la prise en charge, mais certains ont évolués. Pour plus de rigueur et être le plus proche de la réalité clinique, nous avons souhaité retranscrire ces fluctuations diagnostiques comme elles existent, sans les estomper, ce qui peut complexifier quelque peu la lecture des données. En effet, certains pourcentages associés aux diagnostics peuvent varier, avec une notification double, le pourcentage le plus faible correspondant aux diagnostics stables, le pourcentage le plus élevé au total des diagnostics si l'on y associe les diagnostics fluctuants.))

2. Pour la partie catamnestique de l'étude :

Le travail catamnestique est basé sur un **entretien téléphonique** réalisé avec le **jeune** ou par défaut sa **famille**, à partir d'un questionnaire semi-directif. Cet entretien téléphonique faisait suite à l'envoi préalable de deux courriers, une version destinée aux jeunes et une version destinée aux familles, adressés aux coordonnées figurant dans les dossiers de l'hôpital de jour ou dans les dossiers informatisés du Centre Hospitalier Alpes Isère ou aux coordonnées retrouvées sur annuaire informatique. Ces deux modèles de courriers sont joints en annexe (Annexe 3 B).

Le **courrier** était pensé comme une reprise de contact avec les jeunes ou les familles expliquant l'objectif et le déroulement de l'étude catamnestique, et demandant aux jeunes et aux familles de bien vouloir se mettre en lien avec nos services pour nous communiquer des coordonnées téléphoniques et des horaires préférentiels afin que nous puissions les recontacter pour réaliser l'entretien semi-dirigé. Il était précisé dans le courrier qu'en cas de non-réponse de leur part, nous essayerions de les contacter directement aux coordonnées dont nous disposions afin de savoir s'il s'agissait d'un refus de leur part de participer à l'enquête. Préalablement, les mairies des lieux de naissance avaient été contactés par internet afin

d'obtenir une copie d'acte de naissance sans filiation permettant de prendre connaissance d'éventuels décès non connus, ce pour les jeunes pour lesquels les équipes n'avaient pas eu de nouvelles récentes ou qui ne bénéficiaient pas d'un suivi en cours sur le Centre Hospitalier Alpes Isère. Trois décès étaient déjà connus des équipes de soins. Aucun des actes de naissance récupérés n'a révélé de décès supplémentaire.

22 jeunes ou familles se sont remis directement en contact avec nous, **11 jeunes** et **11 familles**. Partant de l'idée que le fait que ces jeunes ou familles se soient inscrits dans cette démarche témoignait qu'elle avait un certain sens pour eux, l'entretien téléphonique a alors été réalisé par leur infirmier ou médecin référent de l'époque, toujours selon le questionnaire semi-dirigé. Le cas échéant, j'ai moi-même effectué les entretiens téléphoniques à partir des coordonnées retrouvées dans les dossiers d'époque, les dossiers actuels informatisés du Centre Hospitalier Alpes Isère ou à partir des annuaires informatiques.

L'entretien téléphonique débutait alors par une présentation brève de l'étude et le recueil de leur **consentement oral** d'y participer. Aucun n'a formulé de refus d'y participer, mais pour 2 d'entre eux, les réponses ont été très succinctes, témoignant d'un vécu d'intrusion semblant réactiver un possible sentiment de persécution. Au cours de l'entretien, il était relevé à la fois les réponses « objectives » ainsi que les différents commentaires ajoutés aux réponses codifiées, mais aussi le ressenti subjectif de l'entretien (qualité du contact, commentaires plus informels sur l'évolution globale, ...) qui permettait de compléter les réponses du patient par un regard plus clinique, bien qu'évidemment incomplet. En effet la conception de cette étude basée sur des entretiens téléphoniques ne permettait pas la passation d'échelles standardisées psychopathologiques. Le choix de faire reposer l'étude sur des entretiens téléphoniques tenait compte à la fois du fait que le taux de non-réponse aurait certainement été très élevé en cas de questionnaires écrits, et du fait que la réalisation d'entretiens cliniques aurait rendu l'étude « interventionnelle » ce qui rendait le protocole beaucoup plus lourd (ce qui aurait correspondu à un sujet de thèse en lui-même et non à un complément de l'étude descriptive rétrospective comme nous en avons monté le projet). Les raisons du choix de cette méthodologie sont détaillées en annexe (Annexe 3 A).

Les entretiens téléphoniques se déroulaient en moyenne sur une période de temps entre 10 et 30 minutes selon le détail des réponses apportées mais surtout en fonction des questionnements, réflexions et prises de conscience que pouvait déclencher cette prise de contact à distance et la possible réactivation des ressentis de l'époque. Il était systématiquement laissé aux patients et aux familles un numéro de téléphone où ils avaient la possibilité de nous recontacter même à distance si le besoin s'en faisait ressentir. Les entretiens les plus longs étaient souvent ceux réalisés avec les familles, témoignant de leur vécu fréquent d'isolement face à des difficultés encore persistantes et la possible absence de soutien ou de suivi en cours, mais aussi d'un sentiment de ne pas avoir été entendus et d'un besoin d'exprimer leur ressenti aussi bien positif que négatif de cette période.

Pour une minorité, il n'a pas été possible de reprendre contact directement compte-tenu de l'absence de coordonnées téléphoniques valides, la consultation des dossiers médicaux récents

du CHAI ont alors permis de récupérer les données recherchées sur leur devenir médico-social (en dehors, bien sûr, du regard à distance sur la prise en charge).

Au total, il a été possible de reprendre contact avec **52 jeunes** directement et **26 familles**, ainsi que dans 3 situations récupérer des informations auprès d'un éducateur ou d'un soignant actuel mandaté par le jeune qui n'avait pas souhaité nous contacter directement mais avait demandé au tiers de le faire. **3 décès** (soit la totalité des décès dont nous avons pris connaissance) étaient connus par l'équipe préalablement au travail d'enquête, les familles n'ont bien évidemment pas été recontactées. Dans 5 cas, les informations ont été recueillies uniquement sur dossier. Il a donc été possible de récupérer des **informations complètes sur le devenir pour 89 des 100 jeunes** constituant la cohorte. Pour les 11 jeunes dont nous ne disposons pas d'information, nous n'avons pu retrouver de coordonnées valides ni d'élément récent dans les dossiers, il s'agissait pour 3 d'entre eux de jeunes originaires de départements autres que l'Isère et qui avaient bénéficié de mesure de placement en Isère et pour 2 d'entre eux de jeunes dont la prise en charge avait pris fin avec le départ de la famille de la région.

Tous les dossiers récents accessibles du Centre Hospitalier Alpes Isère ont été consultés afin de s'assurer d'une concordance entre les réponses lors de l'entretien téléphoniques et les éléments cliniques notifiés dans ces dossiers, les réponses se sont toujours révélées concordantes à la réalité clinique pour les dossiers que nous avons pu consulter. Cette consultation des dossiers nous a également permis d'avoir accès aux diagnostics récents notifiés dans les dossiers pour ceux encore suivis sur le même Centre Hospitalier. L'accès au dossier a été possible après information du médecin responsable du Département de l'Information Médicale (DIM) du Centre Hospitalier Alpes-Isère du protocole de l'étude qui en a fait la déclaration au Service Nationale des Archives.

L'outil de recueil d'information pour la partie catamnestique:

L'entretien téléphonique était réalisé à partir d'un *questionnaire semi-structuré* servant de trame de fond, composé de 20 questions fermées et 6 questions ouvertes, présenté en annexe (Annexe 3 C). Ce questionnaire se structurait en 3 parties :

- 1°) *Une première partie* portant sur le **suivi**, essentiellement psychiatrique (et implicitement sur l'**état de santé**) : 9 questions fermées, 3 questions ouvertes (suivi psychiatrique, psychologique, prise en charge en HDJ, traitement psychotrope, hospitalisations et modalités, suivi social, éducatif, judiciaire)
- 2°) *Une deuxième partie* portant sur le **mode de vie** et l'**accès à l'autonomie** : 9 questions fermées (hébergement, source de revenus, mesure de protection des biens, statut marital, statut parental, relations à la famille, reprise d'une scolarité, d'une formation, activité professionnelle)
- 3°) *Une troisième partie* questionnant le **regard porté à distance sur la prise en charge en hôpital de jour à l'adolescence** : 2 questions fermées, 3 questions ouvertes

D. METHODE D'ANALYSE DES DONNES RECUEILLIES

Les données rendues anonymes ont été saisies sous Excel et traitées sur ordinateur grâce à un programme (logiciel statistique R) accessible sur internet via un site de l'INSERM (*BiostaTGV-Statistiques en ligne*) permettant de réaliser des *tests t de Student*, *tests du Chi-deux* et *tests exacts de Fisher* pour des effectifs plus faibles. Le seuil de **significativité p** dans notre étude est retenu pour des valeurs **inférieures à 0.05** et une **tendance à la significativité** pour des résultats de p compris **entre 0.05 et 0.1**.

Le travail de description statistique s'est fait autour de deux axes :

- 1°) Selon le **déroulement et la durée de la prise en charge**,
- 2°) Selon le **devenir** au moment de l'étude catamnestique.

Les statistiques ne sont là que pour donner plus de poids à notre propos mais sont à prendre avec prudence compte-tenu de la taille de l'échantillon et donc de l'effectif restreint des sous-groupes. Il s'agit d'un travail exploratoire, qui n'a pas d'autre ambition que de rester purement descriptif, en espérant peut-être ouvrir des pistes à des travaux ultérieurs avec des protocoles d'études plus rigoureux...

III. RESULTATS

A. DESCRIPTION DE NOTRE POPULATION

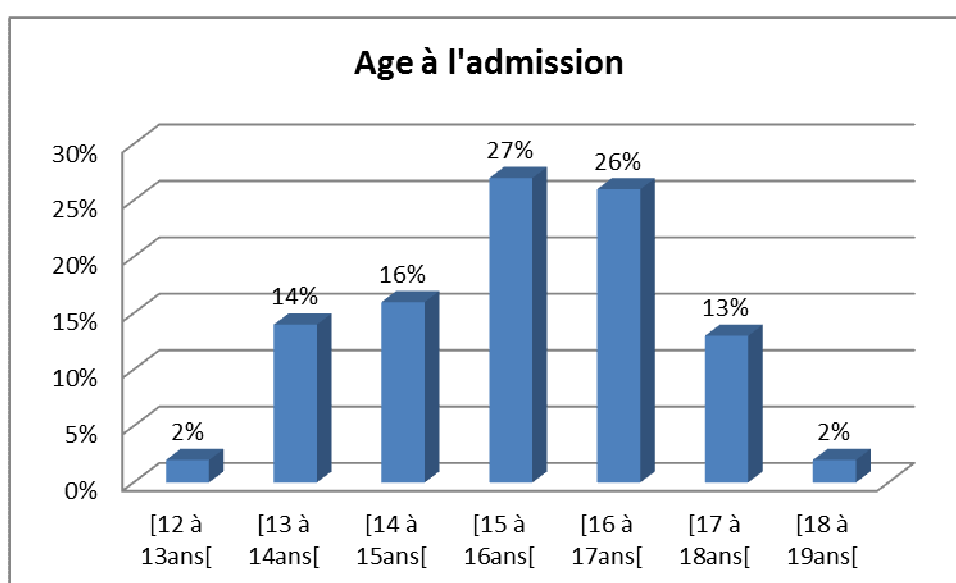
Nous présentons ici les résultats les plus intéressants, les résultats détaillés étant présentés en annexe (Annexe 4 et notamment 4A).

1. DESCRIPTION DES DONNEES RETROSPECTIVES

a. Caractéristiques générales de la population :

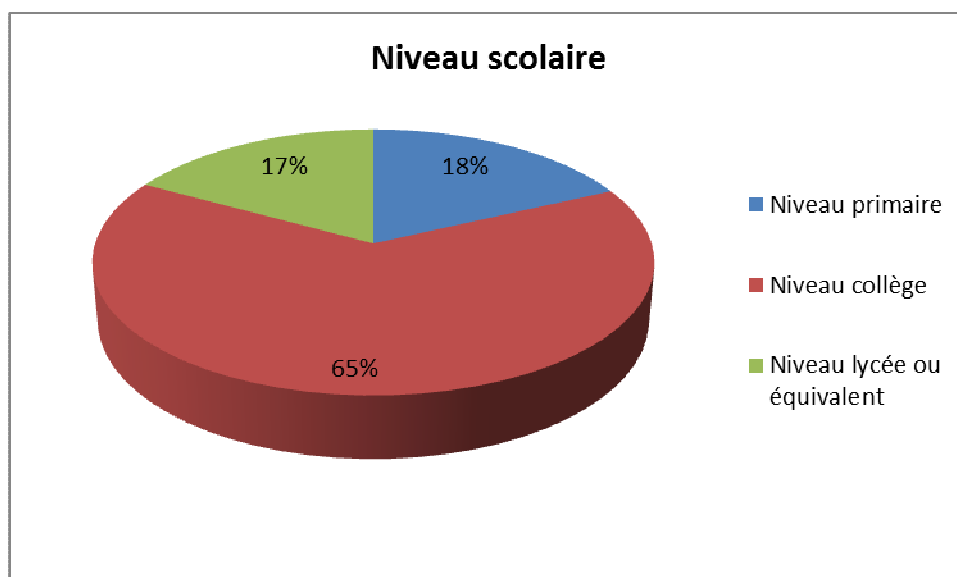
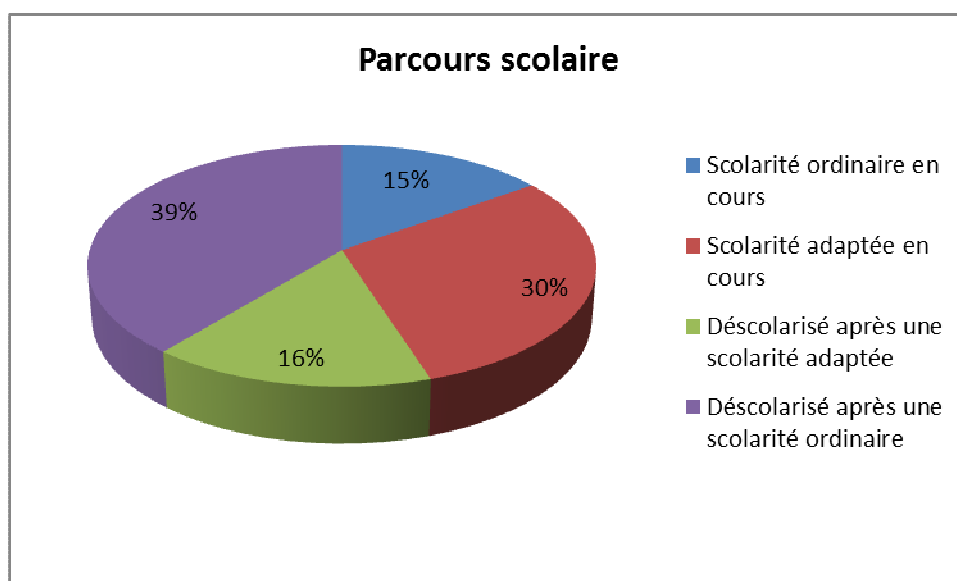
*** Données sociodémographiques :**

Le sex-ratio de notre cohorte est en faveur des **garçons** (1.17) : cette population se compose de **54%** de garçons et **46%** de filles. Cette surreprésentation masculine est concordante aux données de la littérature. L'**âge moyen de début de prise en charge** est de **15.6 ans** (écart-type 1.33, IC 95% 0.26), avec des extrêmes allant de 12.6 à 18.5 ans.



*** Scolarité :**

56% ont eu un parcours scolaire ordinaire, 47% une scolarité adaptée (IME, ITEP, IMPro, SEGPA, CLEPT). **55%** sont **déscolarisés** depuis plusieurs mois voire années.



* Facteurs familiaux influençant l'état de santé :

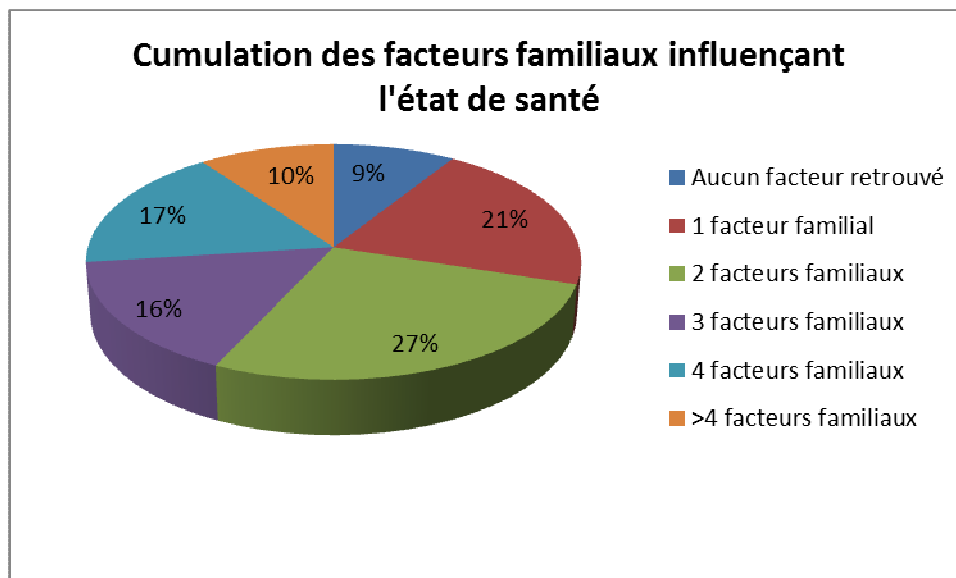
Les facteurs familiaux pouvant influencer l'état de santé retrouvés dans les dossiers sont représentés dans le tableau suivant :

<u>Facteurs familiaux influençant l'état de santé :</u>	% de notre cohorte
- Séparation des parents	52%
- Inactivité professionnelle d'au moins un des parents	35%
- Immigration d'au moins un des parents	33%
- Problèmes judiciaires pour un des parents	9%
- Trouble psychiatrique d'au moins un des parents	63%
- Pathologie somatique grave d'un des parents	15%
- Décès d'un parent	9%
- Non reconnaissance par le père	6%

- Absence de contact avec un des parents	8%
- Déchéance de l'autorité parentale	4%
- Maltraitance reconnue	14%
- Adoption	8%

La fréquence des **troubles psychiatriques** chez au moins un des parents est retrouvée à un taux élevé dans notre cohorte (**63%**). Sont retenus comme troubles psychiatriques toutes références à une pathologie psychiatrique identifiée selon la CIM-10 et notifiée explicitement dans les dossiers, que l'information ait été transmise directement par les parents ou par les services médicaux ou sociaux. On retrouve par ordre de fréquence décroissante la notion d'épisode dépressif majeur chez la mère pendant la petite enfance, de problématique addictive, puis de trouble de personnalité et de trouble psychotique.

La **cumulation des facteurs familiaux** pouvant influencer l'état de santé est représentée sur le diagramme suivant :



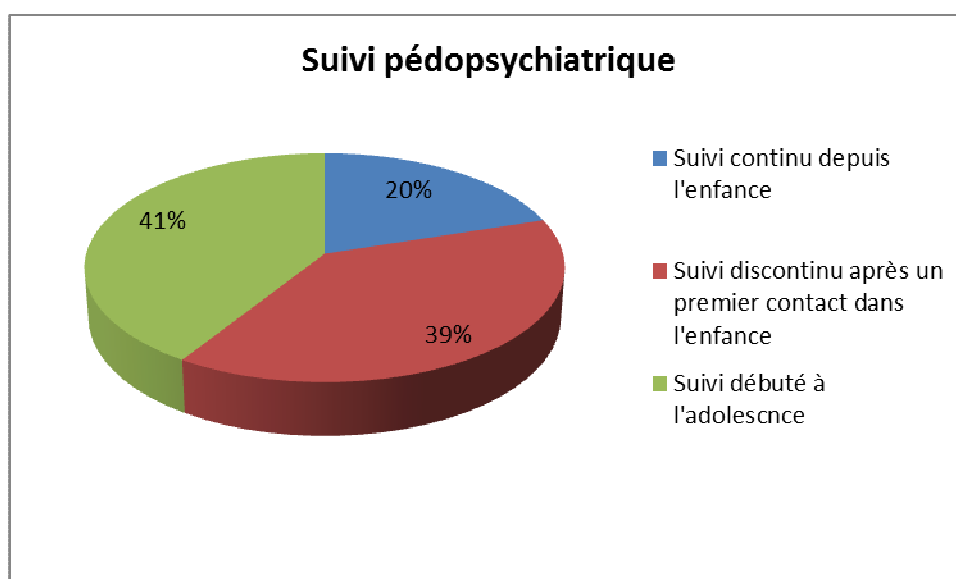
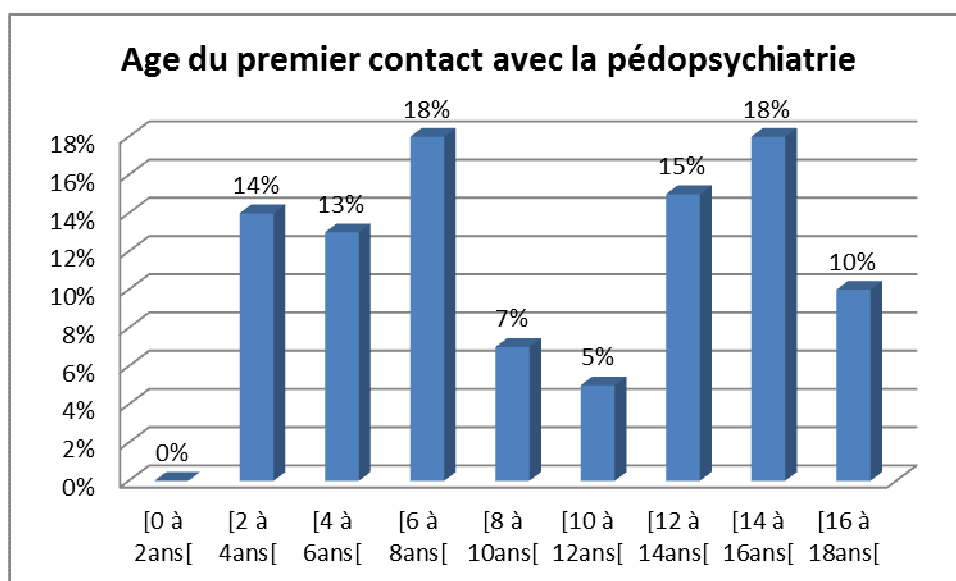
b. Données cliniques :

Ces données font ressortir :

- **L'hétérogénéité des trajectoires de soins**
- **L'hétérogénéité des trajectoires sociales**
- **L'hétérogénéité des diagnostics**

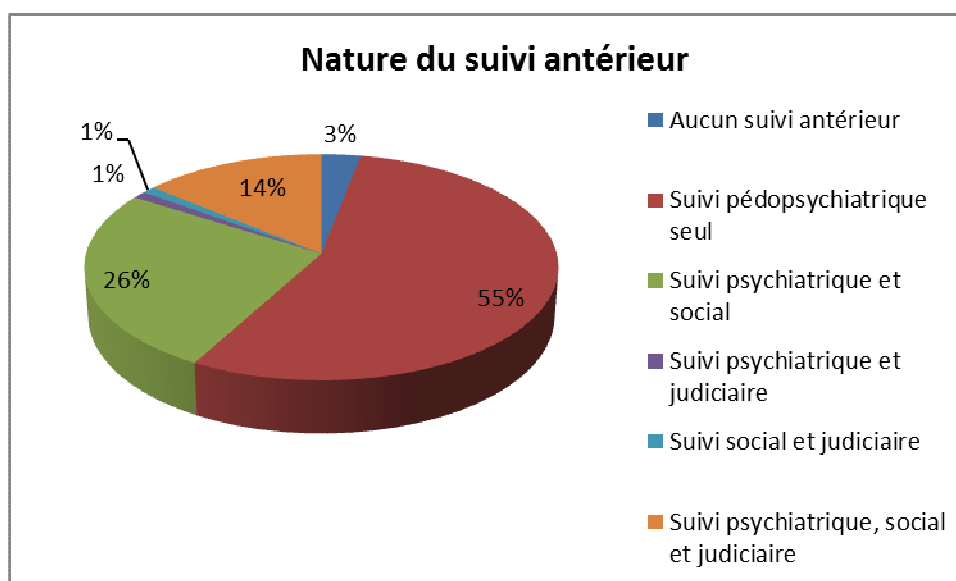
* Suivi(s) antérieur(s) à la prise en charge en hôpital de jour :

L'âge moyen du **premier contact avec la pédopsychiatrie** est de **9.5 ans**, variant de 2 à 17 ans (écart-type 4.6, IC 95% 0.9).



Les antécédents institutionnels ainsi que les différentes modalités de suivis antérieures sont résumés dans le tableau et graphes suivants :

<u>Antécédents institutionnels :</u>	%
- Antécédents d'hospitalisation complète	61%
- Antécédents de prise en charge en HDJ	12%

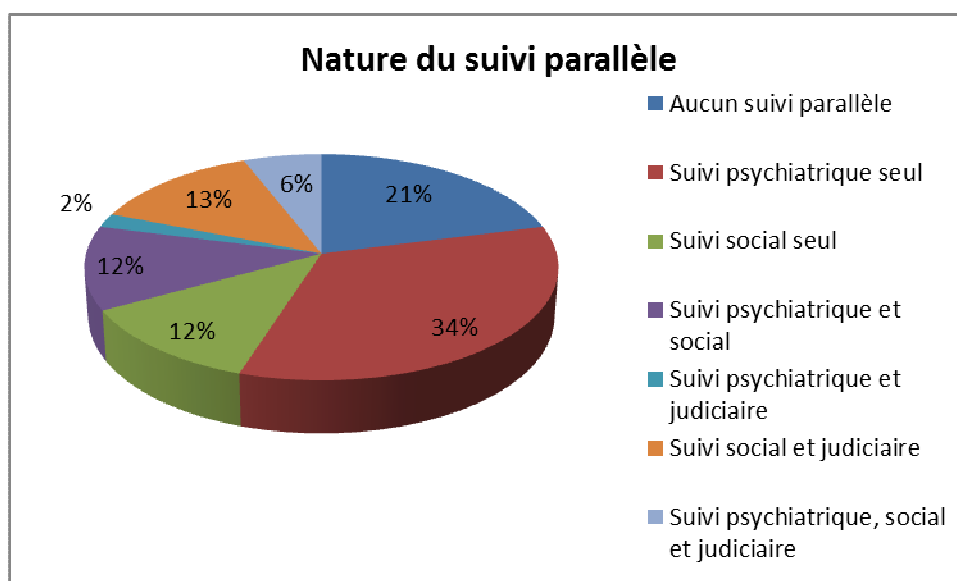


<u>Trajectoires sociales préalables à l'admission en HDJ</u>	%
- Suivi socio-éducatif (AEMO, placement)	41%
- Suivi judiciaire	16%
- Suivi à la fois socio-éducatif et judiciaire	15%
<u>Antécédents de mesures de placements</u>	40%
- Placement en famille d'accueil uniquement	3%
- Placement en lieu de vie et foyers uniquement	13%
- Placement en institution médico-éducatif uniquement	4%
- Lieux de placements multiples	20%
<u>Age au premier placement :</u>	
- Premier placement dans la petite enfance	11%
- Premier placement dans l'enfance	13%
- Premier placement à l'adolescence	16%

* Suivi(s) parallèle(s) à la prise en charge en hôpital de jour :

Les modalités de suivi parallèles aux soins en hôpital de jour sont représentées dans le tableau suivant :

<u>Suivi parallèle aux soins en HDJ:</u>	%
Suivi psychiatrique (CMP d'origine, psychiatre libéral, équipe d'HC ou service adultes)	53%
Suivi socio-éducatif	43%
Suivi judiciaire	21%
Suivi à la fois socio-éducatif et judiciaire	19%



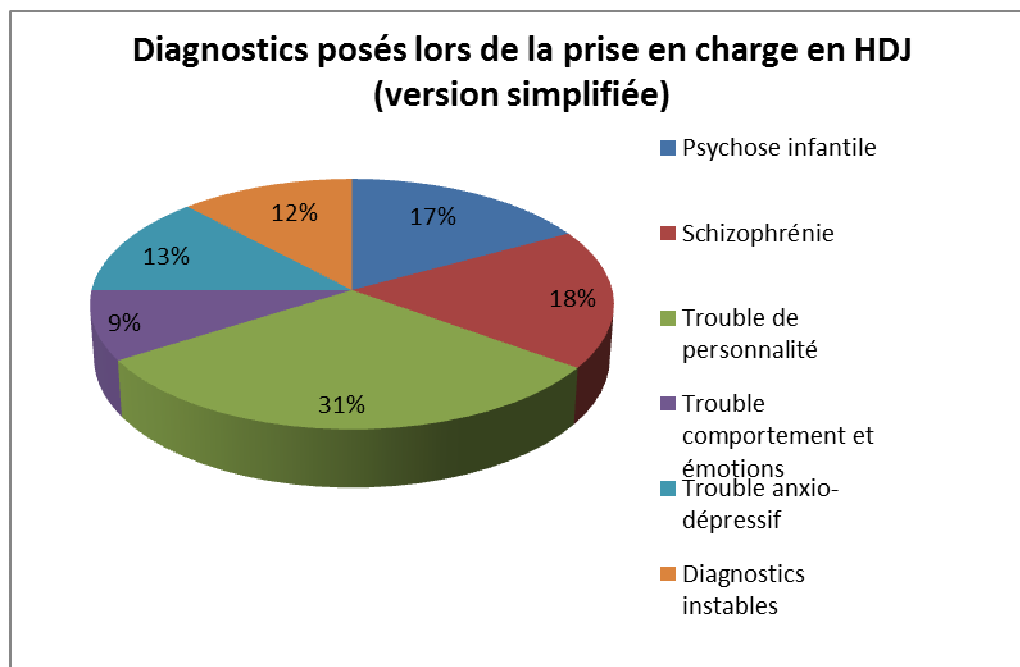
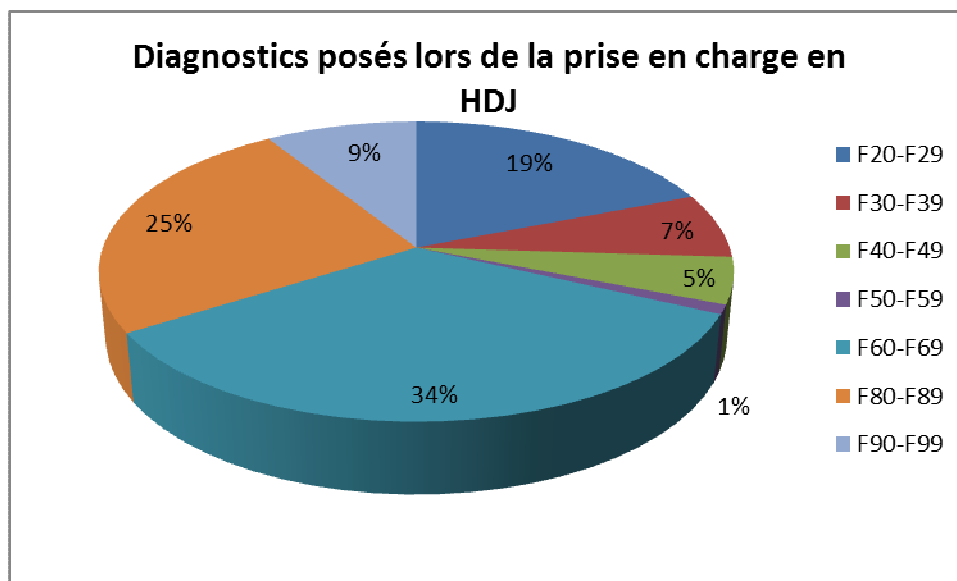
* Diagnostics :

Les *diagnostics posés antérieurement* à la prise en charge sont présentés en annexe.

Les *diagnostics posés lors de la période de soins en hôpital de jour*, (diagnostic défini comme principal en référence à la CIM -10) témoignent de l'hétérogénéité de la population accueillie et se répartissent de la façon suivante :

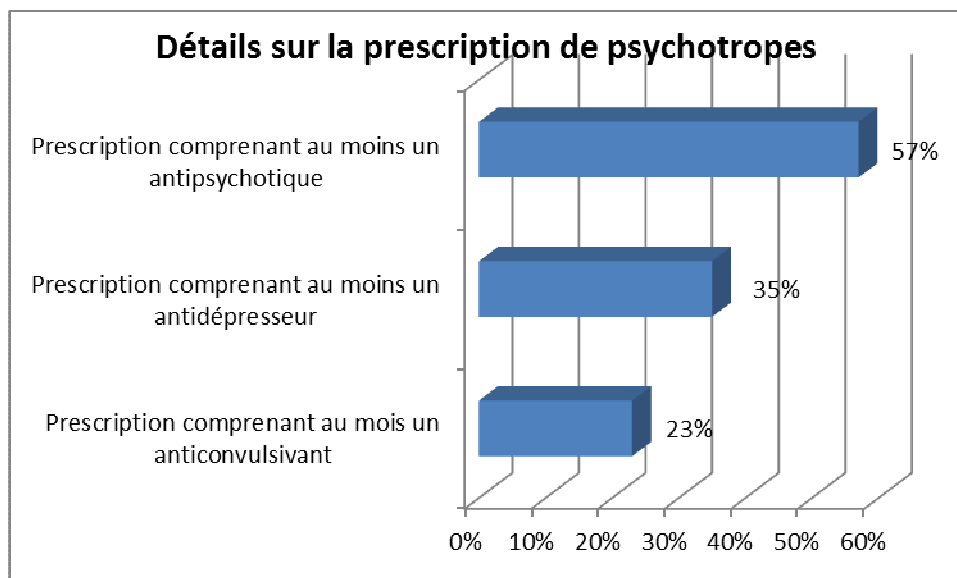
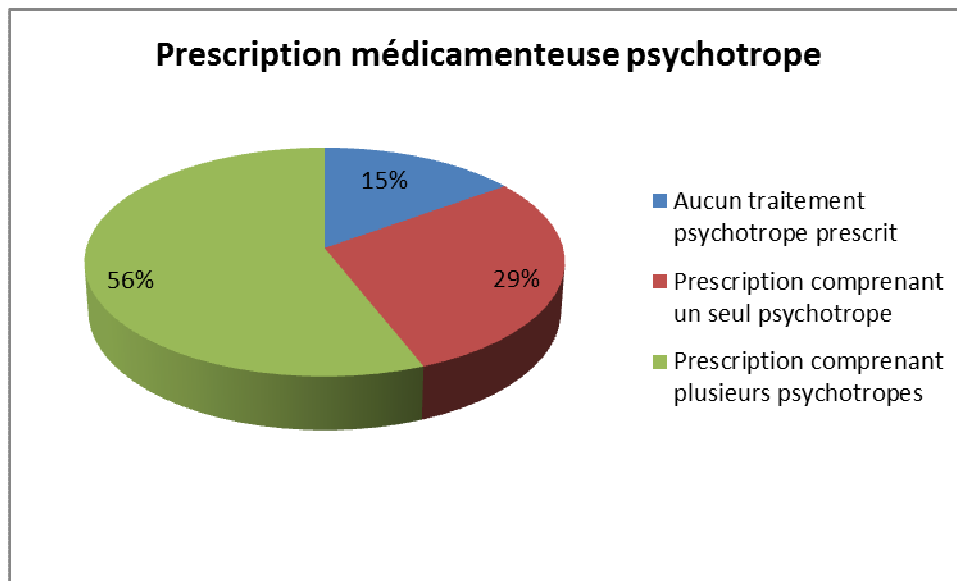
<i>Diagnostic principal posé lors de la période de soins en HDJ (selon la CIM -10):</i>	<i>% (*)</i>
- F20-F29: Schizophrénie, trouble délirant, trouble psychotique aigu (dont trouble schizo-affectif pour 3 sujets)	18 à 20%
- F30-F39: Trouble de l'humeur (épisode dépressif majeur, aucun trouble bipolaire)	7%
- F40-F49: Trouble anxieux (dont refus anxieux scolaire)	5 à 9%
- F50-F59: Trouble du comportement alimentaire	1%
- F60-F69: Trouble de personnalité (émotionnellement labile pour 24 sujets, dyssoziale pour 4, histrionique pour 2, anxieuse pour 2, schizoïde pour 2))	31 à 36%
- F70-F79: Retard mental	0%
- F80-F89: Trouble du développement psychologique ("psychose infantile", dysharmonie psychotique, TED pour 1 sujet)	17 à 27%
- F90-99: Troubles du comportement et des émotions	9 à 12%

* le pourcentage le plus faible correspond aux diagnostics stables, le pourcentage élevé correspond au pourcentage total si l'on y associe les diagnostics instables



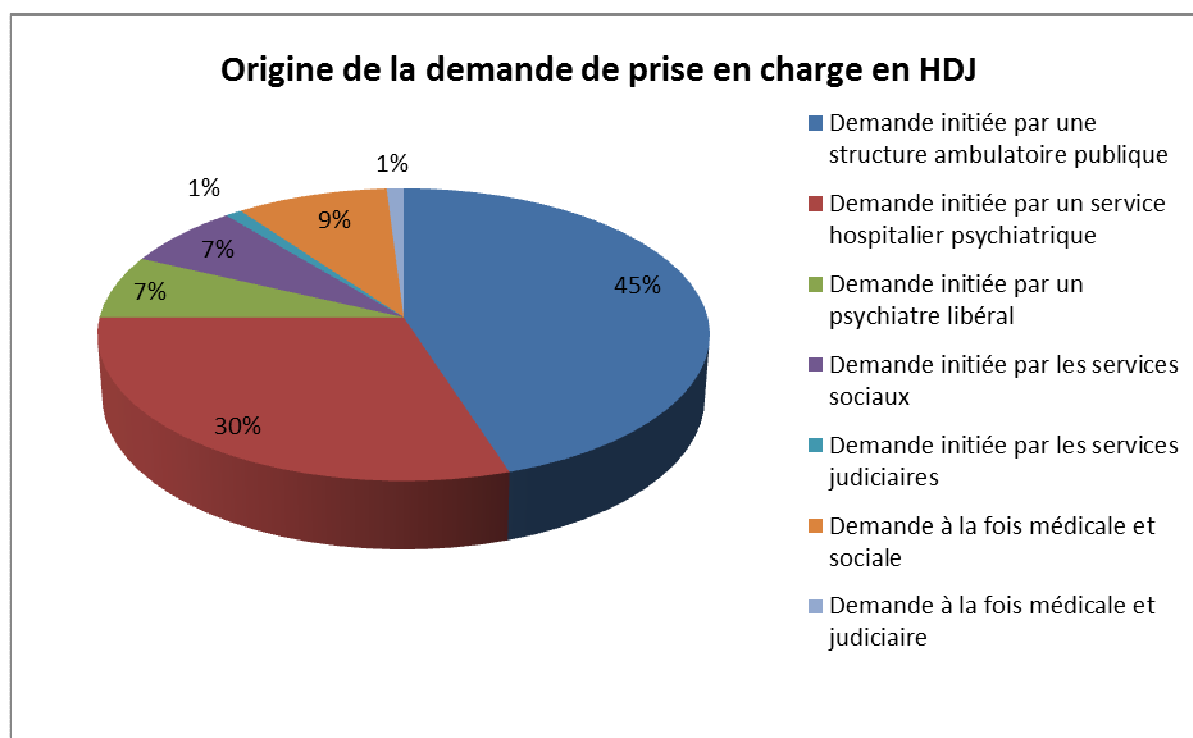
* Prescription de psychotrope :

La grande majorité des jeunes accueillis ont une prescription de traitement psychotrope, témoignant de la lourdeur de la symptomatologie présentée. Seulement **15%** de notre cohorte ne fait **pas** l'objet d'une **prescription de psychotrope**, en lien avec un refus des parents pour 5%.



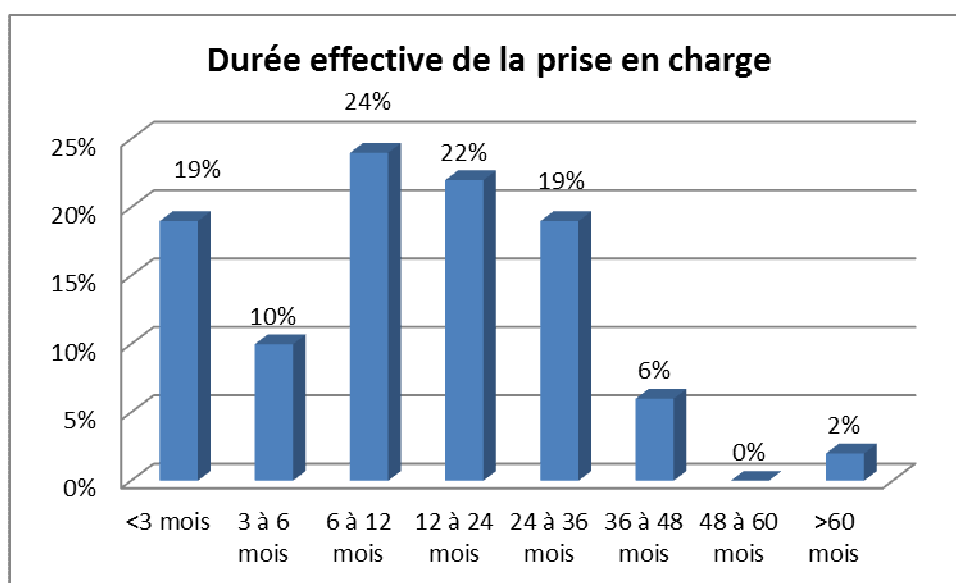
* Origine de la demande de prise en charge en hôpital de jour :

Dans **75%** des cas, la demande de prise en charge est initiée par les **structures de soins publiques** uniquement, dans **45%** des cas à partir des consultations en **CMP** et à l'**Antenne Adolescents**, et dans **30%** à partir d'une **unité hospitalière**.

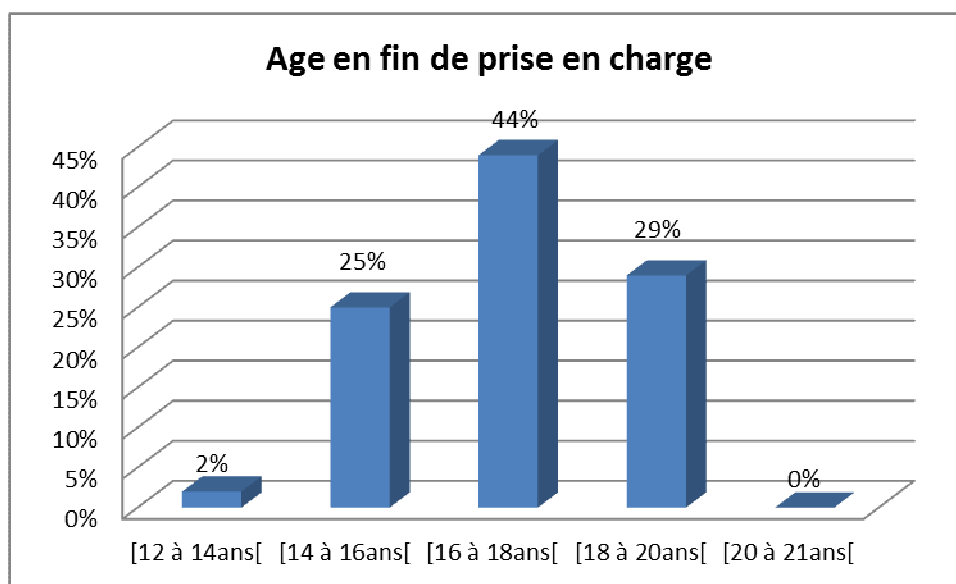


c. Déroulement de la prise en charge :

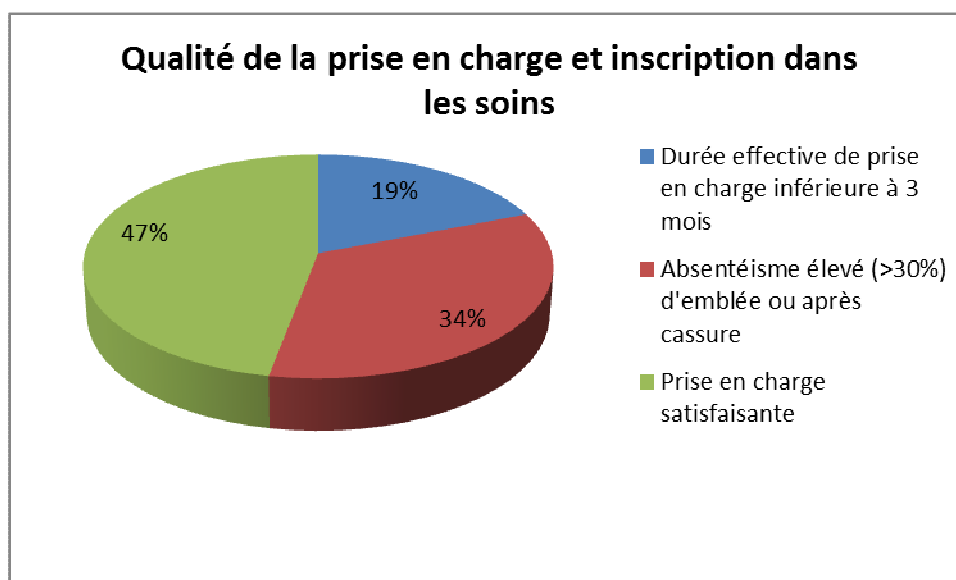
La **durée moyenne effective de prise en charge** est de **15.3 mois** (écart-type 13.7, IC 95% 2.6). Cette durée a été calculée en soustrayant à la durée administrative les périodes d'interruption prolongées notifiées dans les dossiers et ce quel qu'en soit le motif (refus de venir pendant un temps, absences non justifiées se répétant, période de fugue, hospitalisation interrompant la prise en charge, exclusion, changement temporaire de prise en charge) .

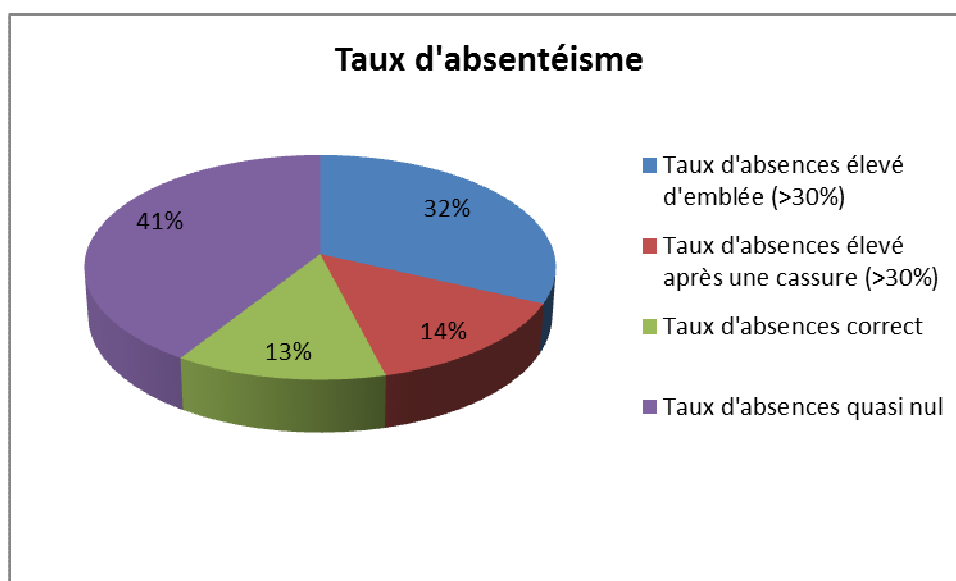


L'âge moyen de fin de prise en charge effective est de 17 ans, avec des extrêmes allant de 13.3 à 19.9 ans (écart-type 1.49, IC 95% 0.29).

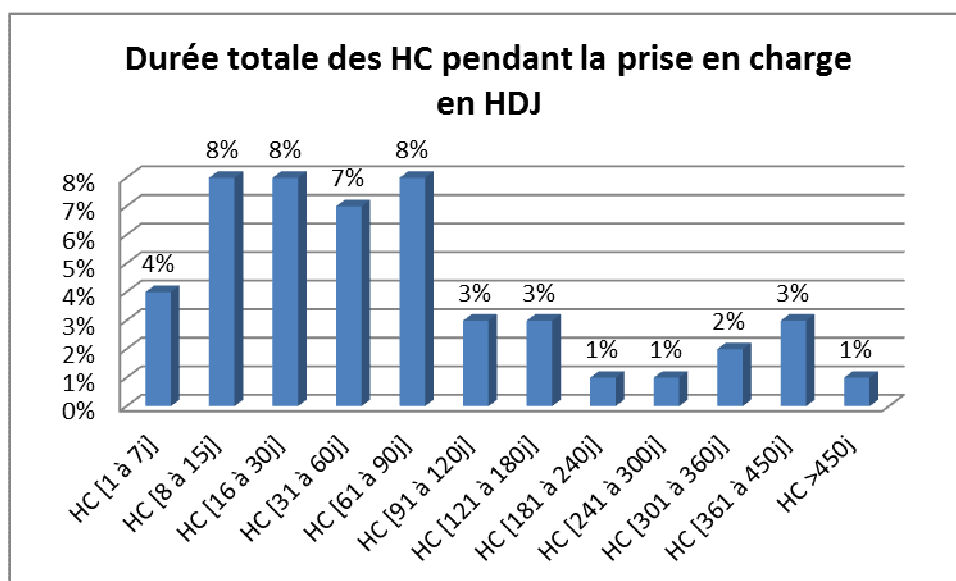


19% des patients ont eu un temps de prise en charge **inférieur à 3 mois** et une présence plus ou moins bonne, correspondant pour la plupart à une prise en charge non reconduite au-delà de la période d'urgence. **47%** ont paru s'inscrire dans les soins proposés à l'hôpital de jour avec un **taux de présence bon ou très bon**. A l'inverse, pour **34%** d'entre eux, l'adhésion à la prise en charge a été beaucoup plus difficile, marquée par un **taux d'absentéisme** soit **élevé** d'emblée (supérieur à 30% des temps de prise en charge) pour 23%, soit élevé secondairement avec une cassure rapide de la prise en charge, pourtant effective dans un premier temps, pour 11% de la population.





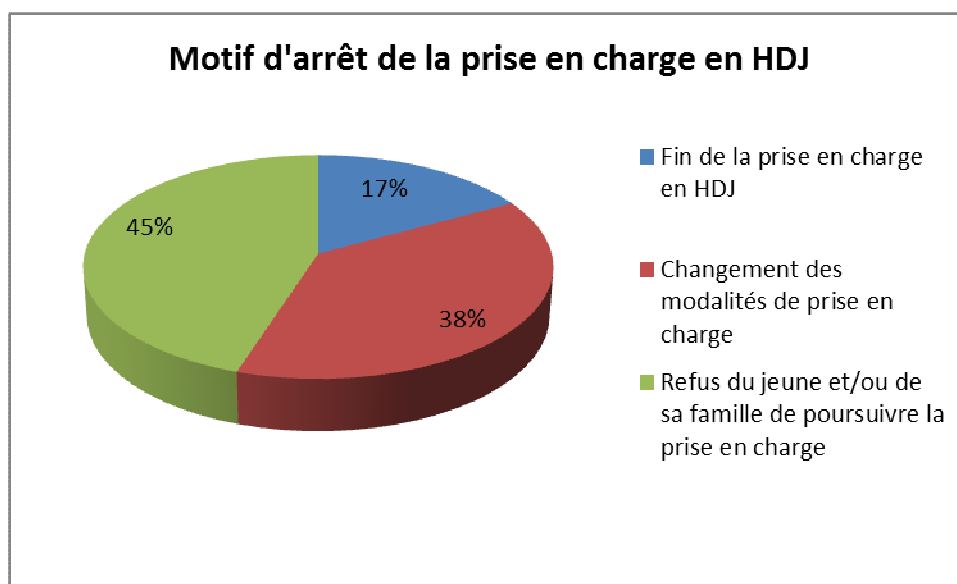
48% ont dû être **hospitalisés à temps complet** au cours de leur prise en charge en hôpital de jour (pour 24% l'hospitalisation a été unique, 24% ont fait l'objet de plusieurs séjours hospitaliers), ce qui n'a parfois interrompu que temporairement les soins à l'hôpital de jour. Le **nombre moyens de jours d'hospitalisation complète** pendant le temps administratif de prise en charge en hôpital de jour s'élève à **105,1 jours**, avec une **médiane de 40 jours** et des variations extrêmes importantes (3 à 665 jours) (écart-type 140.2 ; IC 95% 39.7).



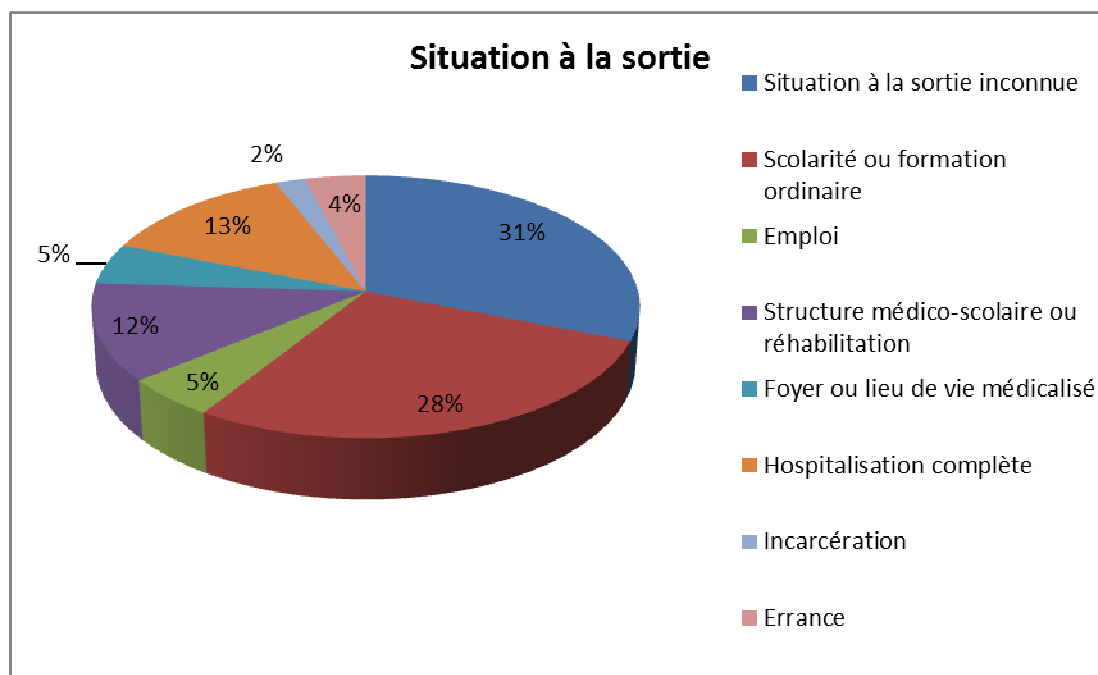
* Fin de la prise en charge :

Dans seulement **17%** des cas, la sortie est décidée parce que la prise en charge est considérée comme **terminée** (sous-entendu **ayant répondu aux objectifs de soins**). Pour **38%**, la prise en charge s'achève du fait d'un **relai** vers d'autres types de soins (suivi ambulatoire seul, structure médico-scolaire, hospitalisation complète, relai avec les services adultes, ...). Dans **45%** des cas, la prise en charge se termine du fait d'un **refus du jeune et/ou de sa famille** de poursuivre la prise en charge, la plupart du temps de façon brutale (le refus provient du jeune

dans 41% des cas, dans 2% de la famille et dans 2% conjointement de l'adolescent et de sa famille).



La situation à la sortie est résumée dans le graphe ci-dessous :



Au cours de la prise en charge en HDJ, **39%** des adolescents admis ont pu **reprendre** au moins partiellement **une scolarité** ou une formation, au total 51% ont pu poursuivre ou reprendre une scolarité.

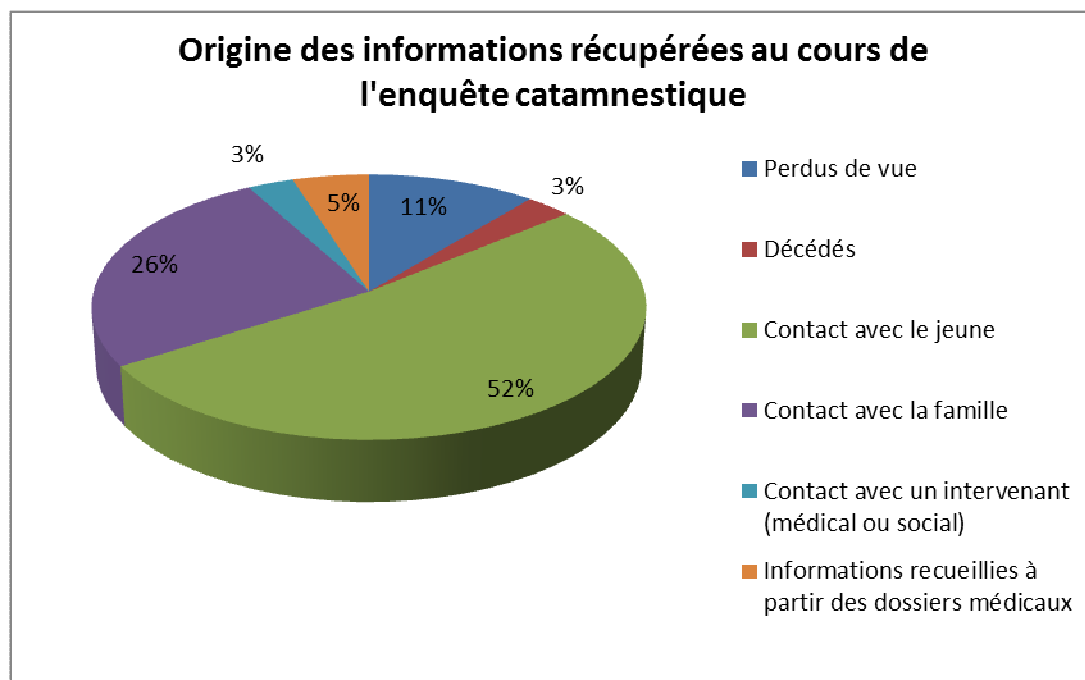
La nature du suivi à la sortie est représentée dans le tableau suivant :

<u>Suivi à la sortie:</u>	<u>%</u>
Aucun suivi	25%
Suivi psychiatrique	60%
Suivi socio-éducatif	23%
Suivi judiciaire	4%

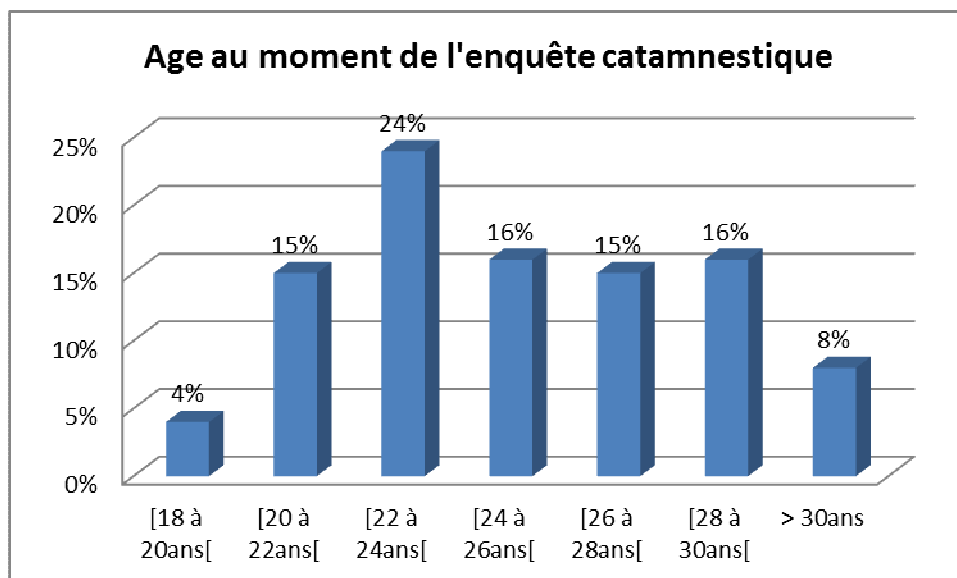
2. DESCRIPTION DES DONNEES CATAMNESTIQUES:

a. Données propres à l'enquête catamnestique :

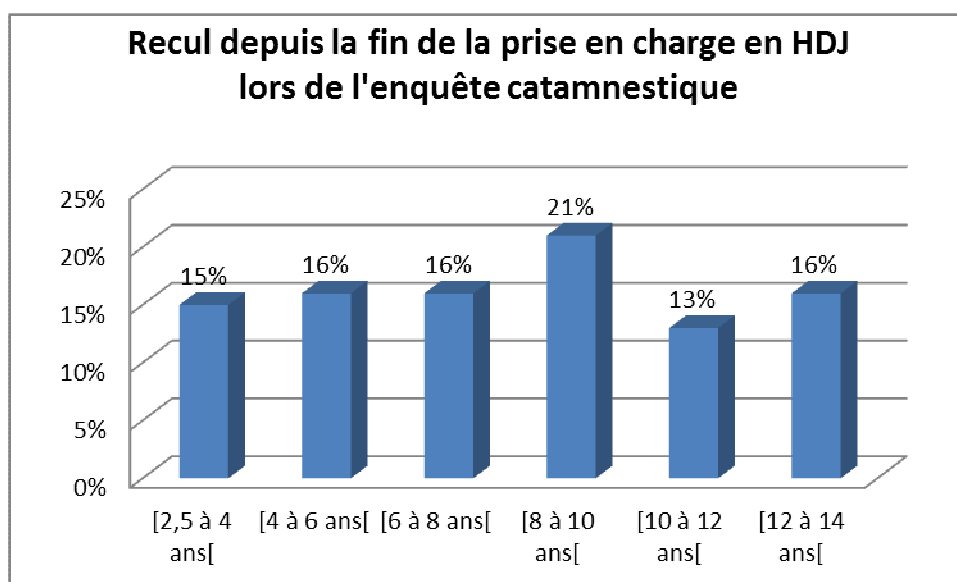
Le taux de **perdus de vue** s'élève à **11%** et le **taux de décès** est de **3%**. Pour les 86 autres jeunes dont on a pu obtenir des nouvelles, l'entretien téléphonique a été réalisé avec le jeune directement dans 52%, par défaut avec un membre de la famille dans 26% des cas, avec un intervenant médical ou social pour 3% (un référent ASE et un infirmier du CMP à la demande des patients eux-mêmes qui leur avaient remis le courrier, et un médecin), et uniquement par l'intermédiaire des dossiers pour 5% (incluant les 2 patients incarcérés).



L'âge moyen au moment de la reprise de contact est de **24 ans** (écart-type 3.4, IC 95% 0.7), avec des extrêmes allant de 18 à 32 ans.



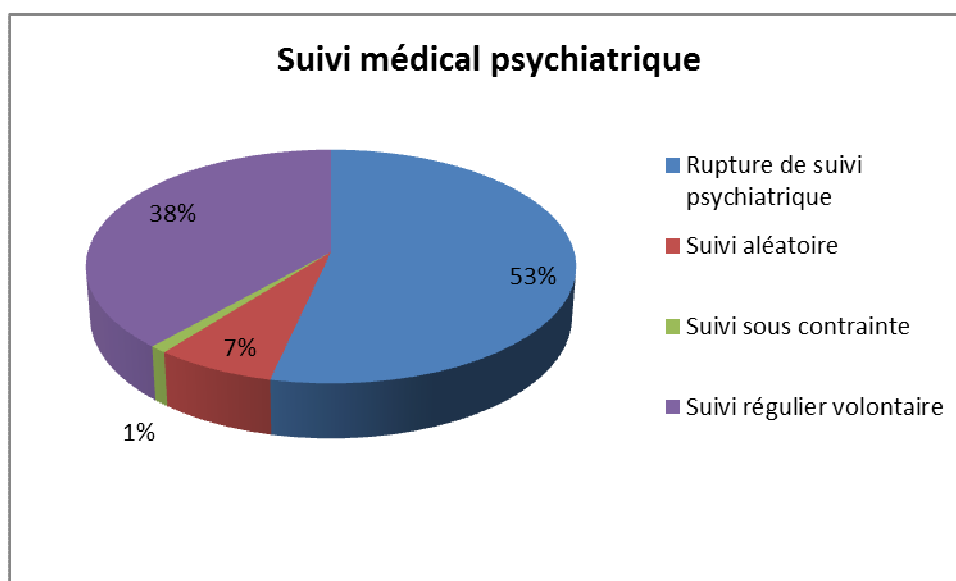
Le **recul moyen** depuis la fin de la prise en charge en hôpital de jour est de **7.9 ans** en moyenne, allant de 2.5 à 13.8 ans (écart-type 3.3 ; IC 95% 0.64).



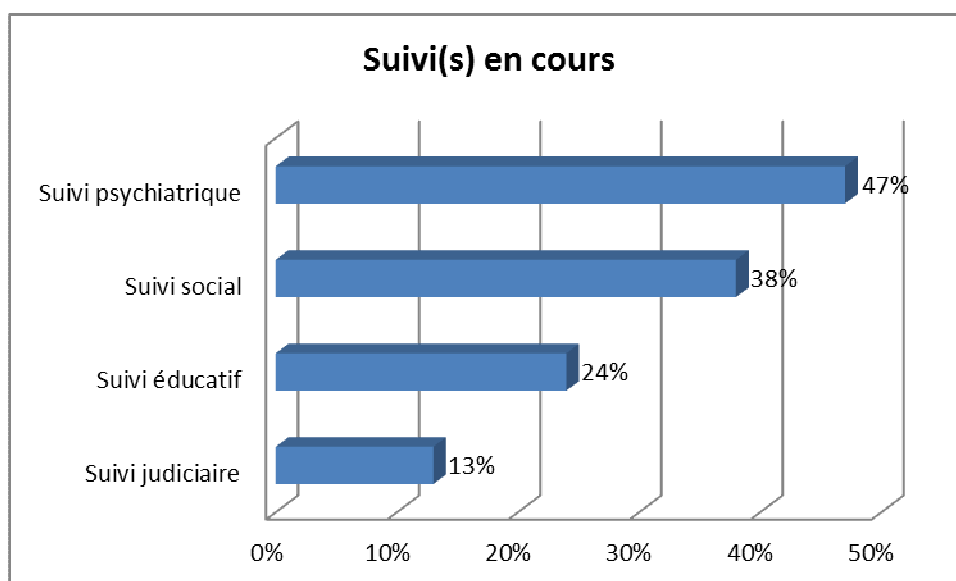
b. Données concernant le devenir psychiatrique :

* Prise en charge psychiatrique :

Les données recueillies concernant le devenir psychiatrique sont résumées dans le graphe et tableau suivants :



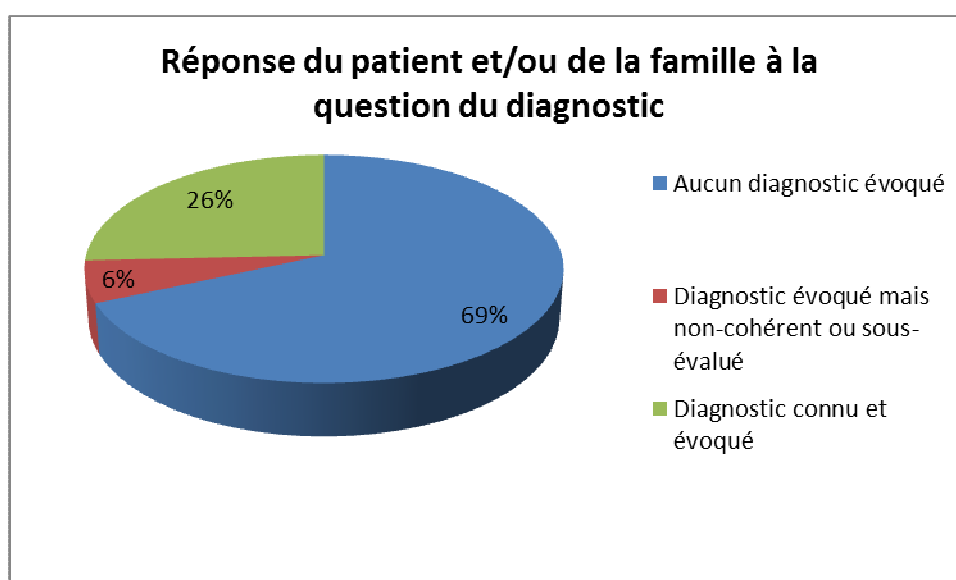
Devenir psychiatrique:	%
Suivi médical psychiatrique en cours	46,50%
Suivi psychologique en cours	19,80%
Prise en charge en HDJ ou en CATTP en cours	11,60%
- Prescription médicamenteuse psychotrope en cours	45,30%
- Prescription comprenant un antipsychotique	36%
- Prescription comprenant un antidépresseur	7%
- Prescription comprenant un anticonvulsivant	7%
- Prescription comprenant un traitement de substitution aux opiacés	2,30%
Hospitalisation au cours des 3 dernières années	40,70%
- Au moins une hospitalisation sous contrainte	25,60%
- Au moins une mesure de HDT/SDT	22,10%
- Au moins une mesure de HO/SDRE	9,30%
Hospitalisations en 2012	7%
Hospitalisations en cours	5%
Antécédents de séjours en UMD/USIP	3,5%/1,1%



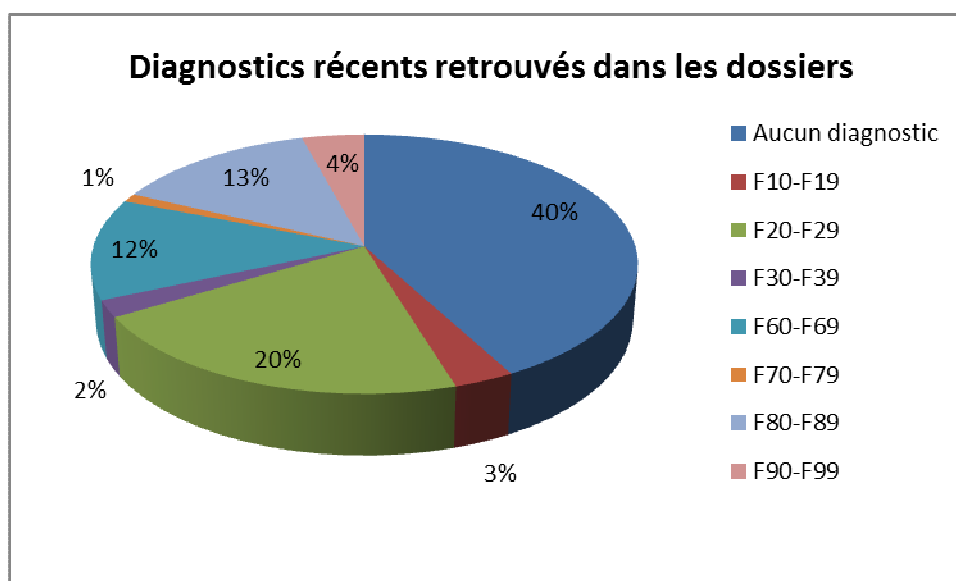
12.7% ont eu un **suivi judiciaire** et **8.1%** ont déjà été **incarcérés**, dont 2 dont l’incarcération est toujours en cours.

* Diagnostics :

Seuls **31.4%** des jeunes et/ou leur famille ont notion d’un **diagnostic** posé pour qualifier les difficultés traversées à l’adolescence plus ou moins persistantes au moment de l’enquête. Pour **25.6%** le diagnostic est **concordant** aux troubles présentés par le jeune à l’adolescent, pour **5.8%** le diagnostic apparaît **sous-évalué** bien que la reconnaissance d’un diagnostic psychiatrique témoigne que le déni des troubles n’est pas total. Les différentes réponses diagnostiques ainsi que les diagnostics récents retrouvés dans les dossiers sont présentés en annexe.

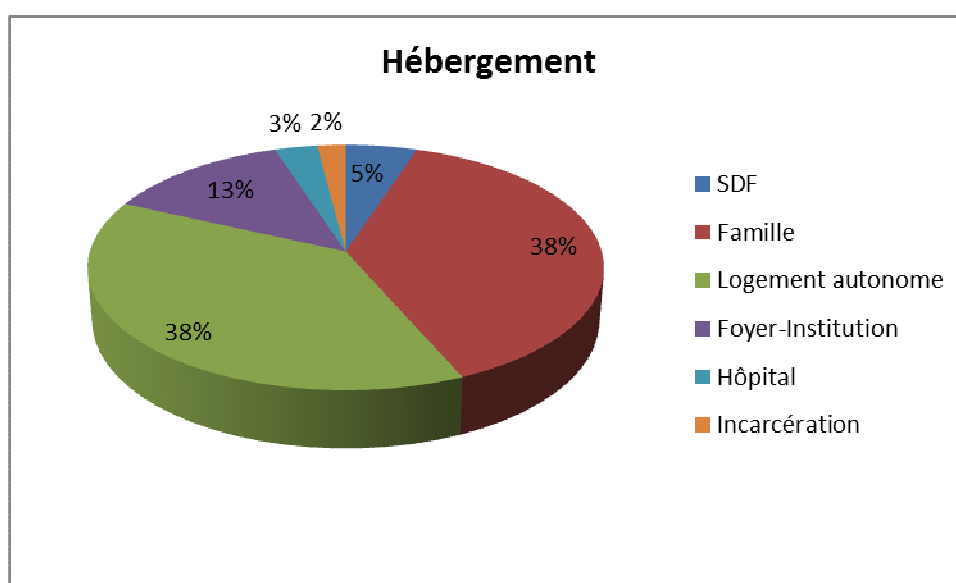


Si l’on s’intéresse aux dossiers récents que nous avons pu consulter, nous avons pu retrouver les diagnostics suivants :



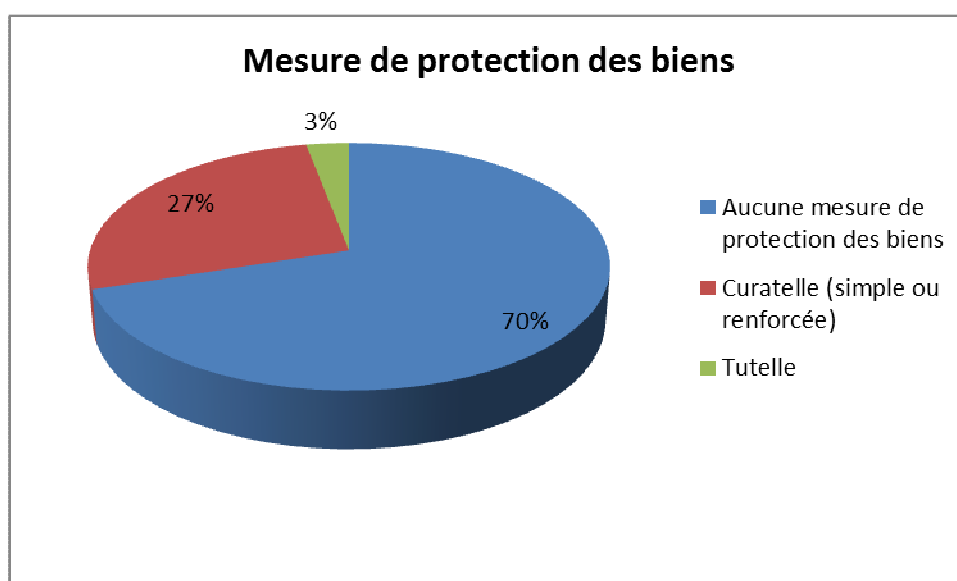
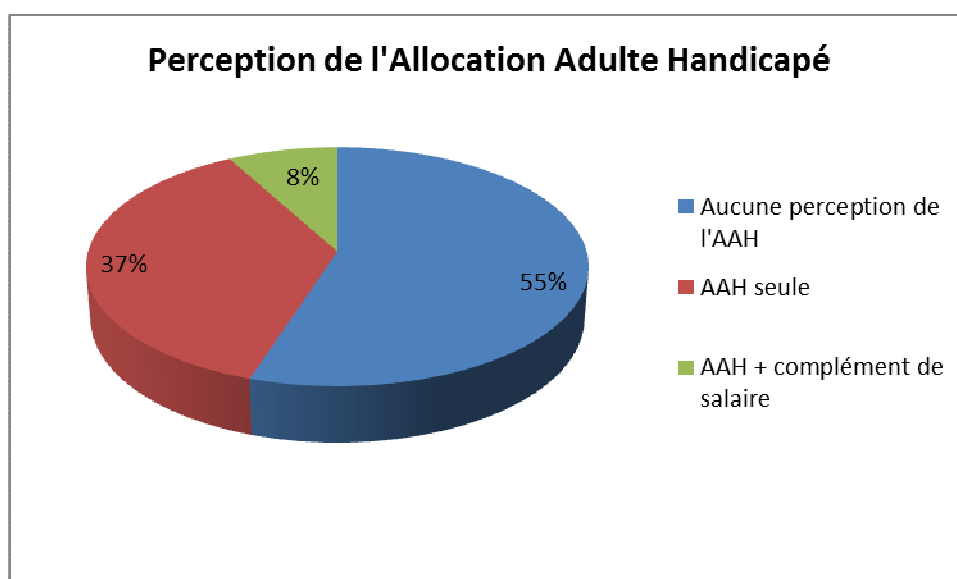
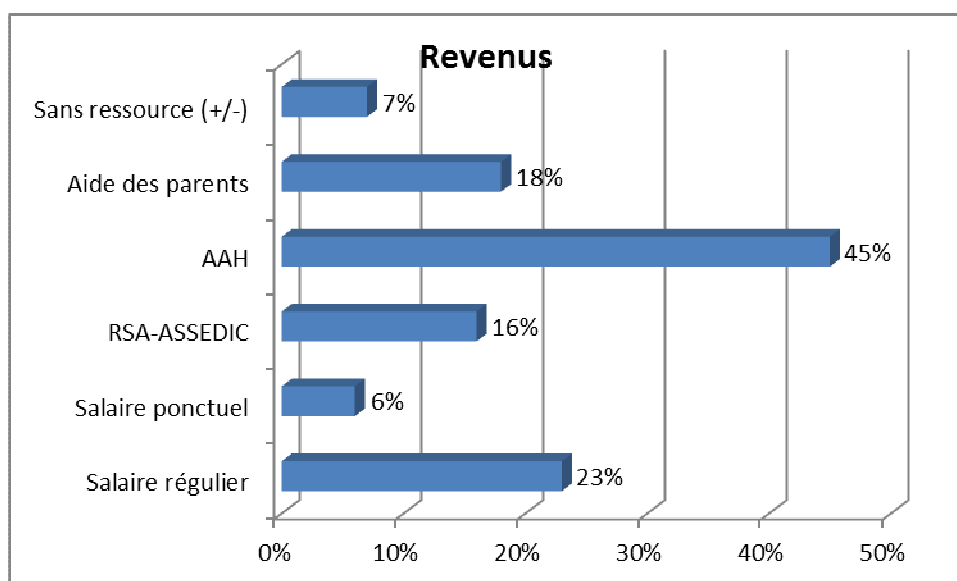
c. Données concernant le devenir social :

Les modalités d'hébergement sont résumées dans le graphe et tableau suivants :



<u>Hébergement:</u>	%
Antécédents d'errance	10,50%
Antécédents d'hébergement en foyer social	15,10%
Antécédents d'hébergement en foyer médicalisé	9,30%
Antécédents d'hébergement en appartement thérapeutique	3,50%

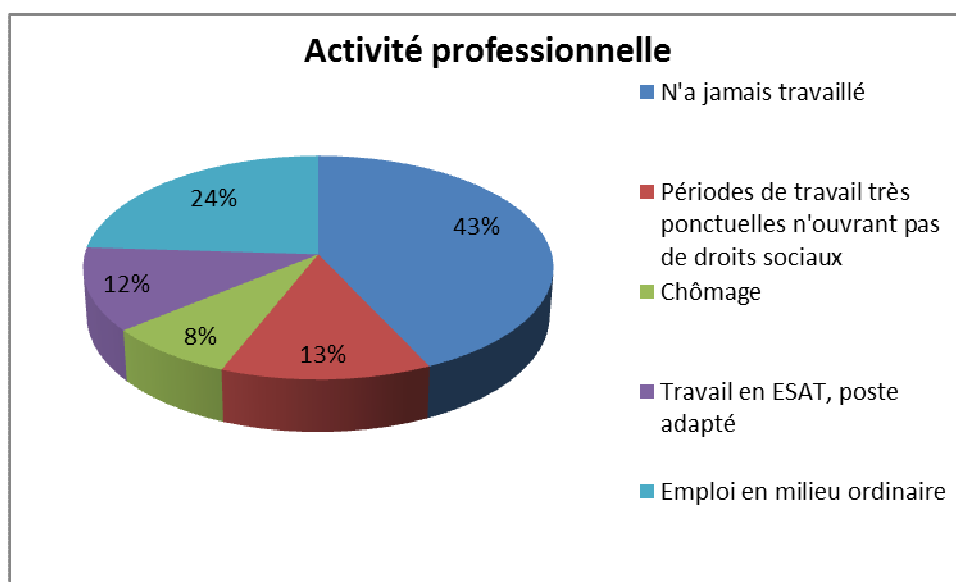
La source de revenus déclarée comme principale ainsi que l'existence d'une mesure de protection des biens sont présentés dans les diagrammes suivants :



La situation familiale est résumée dans le tableau suivant :

<u>Statut marital :</u>	%
- Célibataires	69,70%
- Dans une relation stable	20,90%
- Pacsés ou mariés	7%
- Divorcés	2,30%
<u>Statut parental :</u>	
- Sans enfant	80,20%
- 1 enfant	12,80%
- 2 enfants	3,50%
- 3 enfants	2,30%
- 4 enfants	1,20%
Garde des enfants conservée	70,6% (sur 17)
Mesure de placement des enfants	29,4% (sur 17)
<u>Relations familiales :</u>	
- Aucun lien avec la famille d'origine	10,50%
- Contacts irréguliers	25,50%
- Contacts réguliers	64%

25.6% ont repris ou poursuivi une **scolarité** après la prise en charge en HDJ, **40.7%** ont suivi une **formation** professionnelle. L'activité professionnelle est représentée dans le graphe suivant :



Sur les 38% qui ont actuellement ou ont eu récemment une activité professionnelle, il s'agissait d'un poste stable pour 19%, d'un travail instable pour 19%.

d. Evaluation globale du devenir au moment de l'étude :

Cliniquement, 3 sous-groupes de population se distinguent selon leur évolution :

- 1°) Evolution vers l'**instabilité (avec ou sans soins)**
- 2°) Evolution vers la **stabilité avec soins**
- 3°) Evolution vers la **stabilité sans soin**

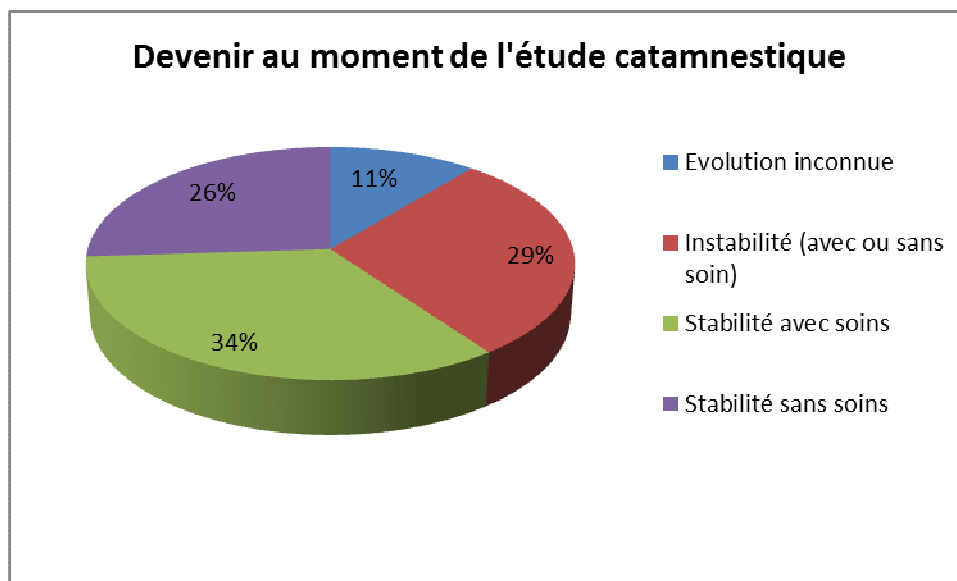
Cette distinction selon le profil d'évolution repose sur des critères préalablement fixés :

- **Avec soins** : Au moins 1 critère principal parmi : l'existence d'un suivi psychiatrique ; la prescription d'un traitement psychotrope ; une prise en charge en hôpital de jour, CATTP ou ergothérapie ; une hospitalisation dans les 2 ans ; Au moins 2 critères secondaires parmi : suivi psychologique, mise en place d'une Allocation Adulte Handicapé.
- **Stabilité**: *Sur le plan médical* : absence d'hospitalisation sous contrainte dans les 2 ans
Sur le plan social : lieu d'hébergement stable (même si CHRS à condition d'être stable) sans errance, revenu régulier permettant une subsistance et aucun problème judiciaire ou d'incarcération dans les 2 ans.
- **Instabilité** : excluant les critères présentés ci-dessus. Nous avons fait le choix d'inclure les patients décédés, leur parcours étant marqué par l'instabilité, avec nombreuses ruptures de soins et conditions de vie précaires, jusqu'à leur décès, reflet ultime de leur incapacité à se stabiliser.

Pour 11% de notre cohorte, le devenir est inconnu. Parmi les évolutions connues, au moment de l'enquête (pour la plupart à l'image de leur parcours depuis leur majorité) :

- **29%** ont évolué vers l'**instabilité avec ou sans soins (20% sans soin, 9% malgré les soins)**,
- **34%** vers la **stabilité avec soin**,
- **26%** vers la **stabilité sans soin**.

On retrouve donc globalement la **règle des tiers** communément admise dans l'évolution des troubles psychiatriques. Et ce d'autant plus que les **perdus de vue** ne le sont pas de façon aléatoire et appartiennent probablement davantage aux catégories **instabilité** et **stabilité sans soin**, puisque ces jeunes adultes sont plus facilement retrouvés s'ils sont encore dans le parcours de soins (biais d'attrition).



➤ **29% évoluent défavorablement vers l'instabilité avec ou sans soins, dont 3 décédés :**

La maladie psychique et/ou la précarité sociale sont alors au premier plan et interfèrent avec toutes les dimensions de la vie du sujet et notamment relationnelles et professionnelles. Il n'y pas d'insertion possible, ni de réelle autonomie, l'autonomie est très parcellaire. Même en cas de soins, ces soins ne parviennent pas à soutenir suffisamment le sujet pour qu'il puisse se construire un projet de vie acceptable et réaliste. Les soins, souvent hospitaliers, ont une fonction d'orthèse qui vient surtout protéger l'individu de ses mises en danger, mais aussi l'entourage et parfois la société. Le jeune se laisse happer par un quotidien déstructuré qui confine à l'errance puis balloter et désorienter au fil de ses expériences successives, le soin n'est plus qu'un repère lointain parmi d'autres dans son parcours chaotique.

➤ **34% évoluent vers une stabilité mais qui reste tributaire des soins :**

La maladie psychique est présente mais grâce aux soins n'envahit pas toutes les dimensions de la vie du sujet, qui parvient à minimum d'autonomie psychique et parfois d'insertion, le plus souvent dans le monde du travail adapté. Les troubles présentés sont lourds, et s'annoncent dans une certaine chronicité. Cette population a tout intérêt à bénéficier de prise en charge dans des unités de réhabilitation psycho-sociale, groupes de psychoéducation et appartenance thérapeutique pour les amener progressivement à d'avantage d'autonomie et d'insertion et les orienter vers le monde du travail. Grâce au partenariat entre le secteur social et du soin, certains ont pu trouver leur voie vers une situation plus autonome en s'inscrivant dans un parcours d'insertion adapté à leurs difficultés psychiques (Réseau Handicap Psychique de l'Isère, Maison Départementale de l'Autonomie).

➤ **29% évoluent favorablement vers une stabilité indépendante des soins :**

Certains poursuivent un travail psychothérapique mais ils ne dépendent plus de prise en charge lourde, ni de traitement. La maladie n'est plus apparente, et même si ses impacts d'autrefois ont parfois laissés des traces, la vie de ces jeune adulte s'apparente à celle de tout

jeune de son âge. L'autonomie reste assujettie aux contraintes économique mais l'autonomie psychique est réelle, l'insertion est effective ou en voie d'acquisition, certains sont encore étudiants ou en formation professionnelle, projets qu'ils parviennent à finaliser.

La situation en fin de prise en charge (stable ou instable, avec ou sans soins), semble un bon indicateur de l'évolution ultérieure, et pour beaucoup, la situation à la post-adolescence ou au début de l'âge adulte semble relativement annonciatrice de l'évolution par la suite.

e. Mortalité :

Le **taux de mortalité connu** de notre cohorte s'élève à **3% (2 filles et 1 garçons)**, il prend en compte les éventualités de décès parmi 10 des 11 sujets perdus de vue puisque l'état civil a pu être consulté pour l'ensemble de ces patients à l'exception d'un dont le lieu de naissance ne figurait pas dans les dossiers. Le tableau suivant présente certaines données relatives à ces décès :

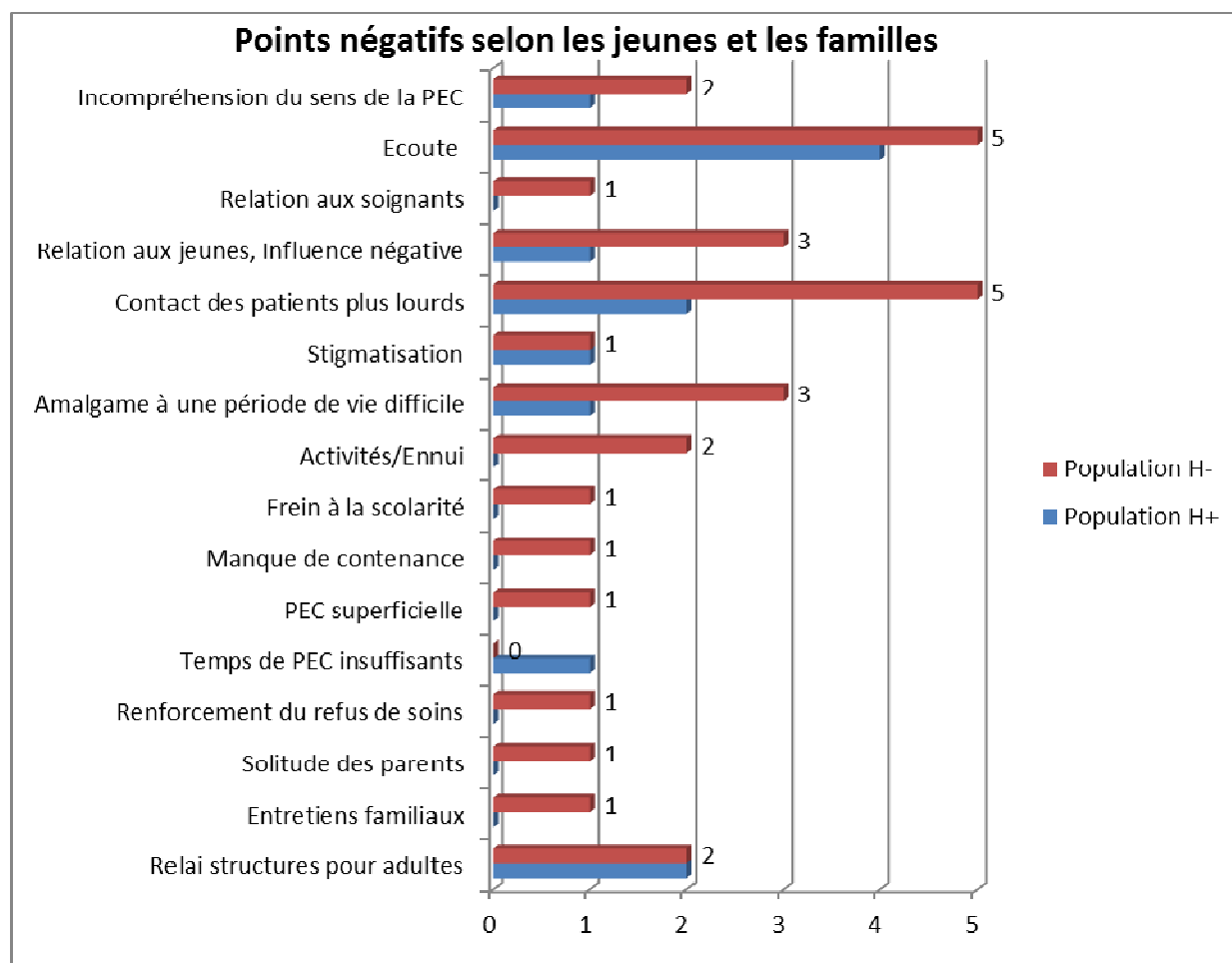
<u>Patients décédés</u>	<u>Age au moment du décès</u>	<u>Recul depuis la fin de l'HDJ</u>	<u>Cause du décès</u>
Garçon	18,25 ans	1,96 ans	Inhalation du bol gastrique dans un contexte de prise de toxiques
Fille	21,6 ans	4,05 ans	Suicide par IMV (Acide valproïque)
Fille	26,17 ans	8,83 ans	Surconsommation de traitement après prise de toxiques

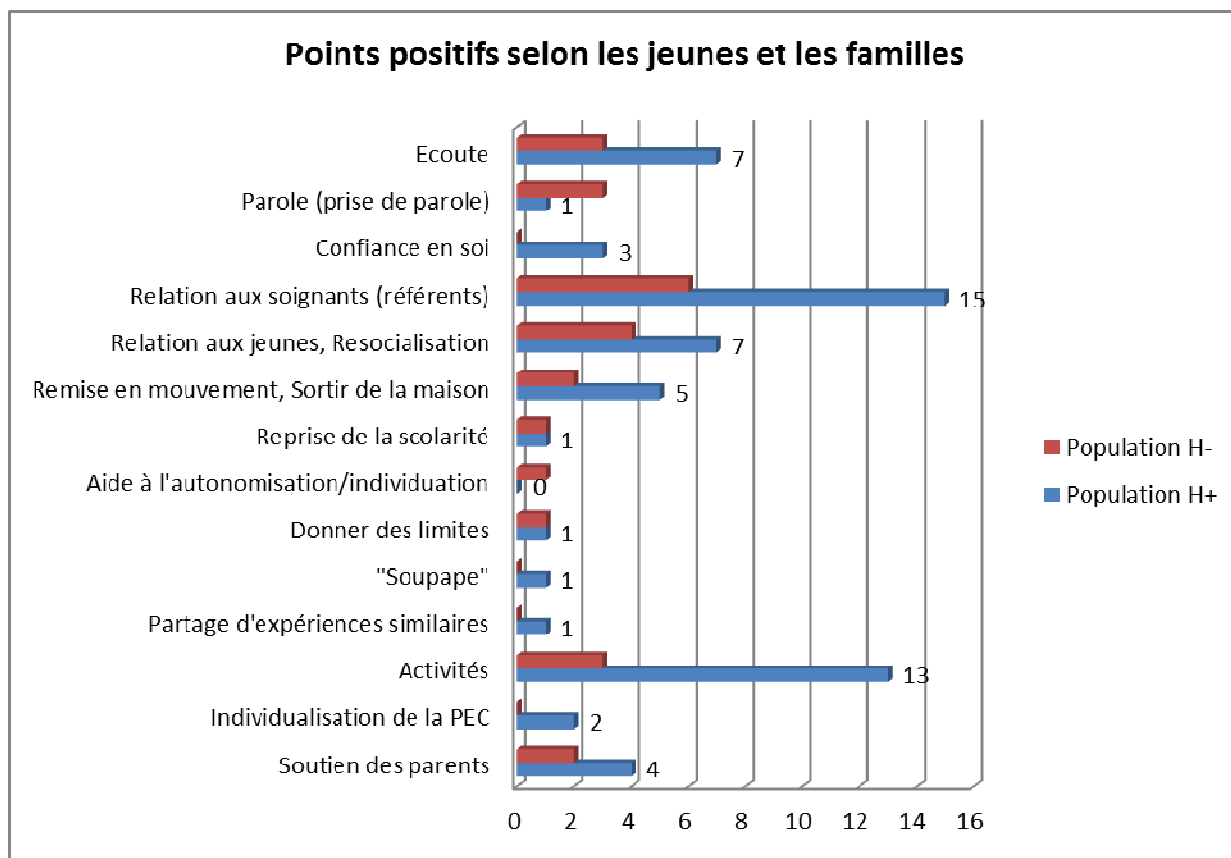
Les détails cliniques sur ces 3 patients (y compris les diagnostics et le suivi en cours au moment du décès) sont présentés en annexe (Annexe 4 B). On peut relever que ces jeunes avaient en commun d'avoir fait l'objet de diagnostics multiples et que leur décès intervient dans un moment de rupture ou relâchement du cadre de soins.

B. REGARD PORTE A DISTANCE SUR LA PRISE EN CHARGE

a. Résultats :

Nous avons regroupé l'ensemble des réponses obtenues selon les thèmes suivants (en nombre de réponses):





Les réponses plus détaillées sont présentées en annexe (Annexe 4 I).

Le regard porté sur la prise en charge (uniquement négatif, à la fois négatif et positif, ou uniquement positif) est corrélé à l'inscription aux soins ($p=0.001$), les soins en hôpital de jour étant décrit de manière plus positive quand le sujet a investi les soins.

b. Perception et sens du soin :

- *Quand le vécu du soin est plutôt négatif*, les réponses tournent souvent autour de la non-acceptation de l'**étiquette psychiatrique**, la mise en **contact imposée avec des malades plus lourds**, l'atteinte de l'image de soi au travers de ce contact et de l'étiquette psychiatrique, entraînant une fragilisation narcissique à travers le soin, à l'inverse de ce qui est attendu. Cette perception du soin correspond davantage aux **pathologies d'apparence plus légère et apparaissant à l'adolescence**, la maladie psychique est moins marquée ou en tous cas relativement invisible, ces jeunes se situent au début du parcours de soin et bénéficient encore d'inscriptions sociales : la perception est plus négative et se situe dans le registre de la stigmatisation. Le jeune se construit en référence à la normalité et accepte difficilement la référence à la maladie.
- *Quand le vécu du soin est plutôt positif*, il est décrit comme permettant de remettre en jeu les capacités **relationnelles** du sujet, de construire et d'expérimenter des liens sécurisés avec les **adultes soignants**, mais aussi de relancer la **dynamique**

relationnelle avec les autres jeunes, leur permettant de renouer avec un fonctionnement dans le registre du plaisir, avec là un véritable enjeu relationnel, mais aussi une dynamique de **remise en mouvement** et de renforcement narcissique . Cette perception de l'hôpital de jour correspond aux jeunes présentant des pathologies plus lourdes, ou d'évolution plus ancienne (le jeune s'est construit dans la pathologie, il est moins affecté, touché par l'étiquette psychiatrique), la maladie est souvent visible, ces jeunes sont déjà inscrits dans les soins depuis plusieurs années, ils sont en rupture scolaire ou fréquentent un établissement spécialisé, en rupture dans leur environnement.

EN CONCLUSION : INTRODUCTION A LA PARTIE D'ANALYSE STATISTIQUE :

Ces éléments de réponse sur le regard à distance sur le travail thérapeutique réalisé au travers des soins en hôpital de jour, leur sens et leur fonction, fait ressortir l'intérêt de cet outil de soin **quand il est investi par le jeune** et les bénéfices apportés par ce type de prise en charge, en permettant un travail de la distance relationnelle, une expérimentation de liens stables et sécurisants, une resocialisation progressive, une dynamique de remise en mouvement permettant au jeune de se réinscrire progressivement dans un projet scolaire ou de formation, une sortie de la spirale des échecs favorisant une prise de confiance progressive dans ses ressources et une possibilité de se projeter dans l'avenir.

Cependant, les résultats purement descriptifs nous amènent à deux constats relatifs aux modalités spécifiques de ce dispositif de soins :

- 1°) La prise en charge est marquée par une **difficulté d'adhésion** aux soins pour une part importante de notre population, avec un parcours de soin en hôpital de jour chaotique ;
- 2°) La prise en charge se **termine assez souvent de façon brutale**, fréquemment marquée par le refus du jeune de poursuivre le suivi, avec difficultés à réenclencher un suivi quel qu'il soit, ce qui peut être de bonne comme de mauvaise augure.

De ce double constat découle deux objectifs de notre étude pour lesquels nous tenterons d'amener des éléments de réponses via l'utilisation d'analyses statistiques :

- 1°) Repérer des **facteurs corrélés aux difficultés d'inscription dans les soins** pour :
 - **Anticiper** d'emblée de possibles difficultés de prise en charge si ces facteurs sont présents en étant plus particulièrement vigilant à maintenir et assurer la contenance du cadre et travailler l'alliance
 - **Repenser** en équipe la souplesse à apporter au dispositif de soin pour espérer améliorer l'inscription de ces jeunes
- 2°) Repérer des **facteurs corrélés à un risque d'évolution défavorable** pour adapter la conduite à tenir face à rupture de la prise en charge suite à un refus du jeune de poursuivre les soins.

C. ANALYSE STATISTIQUE A PARTIR DU CRITERE DE L'INSCRIPTION DANS LES SOINS

Le critère de l'inscription dans les soins définit deux sous-populations :

- 1°) Une *première sous-population qui n'investit pas ou difficilement l'hôpital de jour* que nous symbolisons par H- : **Population H-(N=53)**, définie soit par:
 - Une **durée de prise en charge effective inférieure à 3 mois (N=19)**
 - Un **taux d'absentéisme élevé (N=34)**, supérieur à 30% des temps de prise en charge prévus (seules sont décomptées les absences injustifiées ou pour des motifs non valables).
- 2°) Une *deuxième sous-population qui s'inscrit dans les soins en hôpital de jour* que nous symbolisons par H+ : **Population H+ (N=47)**, qui exclut les 2 critères précédents.

Ces deux populations sont comparées via des tests statistiques. L'ensemble des résultats sont détaillés en annexe sous forme de tableaux (Annexe 4 C et D).

1. COMPARAISON DES DONNEES RETROSPECTIVES:

Chaque sous-population présente des caractéristiques propres :

a. Caractéristiques du sous-groupe qui ne parvient pas à s'inscrire dans les soins : Population H- (N=53) :

- Caractéristiques de la population pour laquelle la prise en charge effective a duré moins de 3 mois (N=19) :

Cette sous-population présente plusieurs point de différences statistiques avec la sous-population H- dont la prise en charge est marquée par l'absentéisme : on retrouve plus fréquemment l'absence de diagnostic antérieur ($p=0.090$), l'existence d'un suivi socio-éducatif parallèle ($p=0.086$) ainsi qu'à la sortie ($p=0.001$).

Cette population présente davantage une **prise en charge multiple** qui s'inscrit sur différents axes. Cette population apparaît donc comme intrinsèquement plus difficile à prendre en charge, relevant d'un **suivi socio-éducatif lourd**. Il est donc possible de penser que l'échec de cette prise en charge en hôpital de jour est compensé par les autres prises en charge déjà existantes, et que pour cette raison, il ne semble pas nécessaire de maintenir plus longtemps la prise en charge malgré un échec relatif, dans l'idée de mettre l'accent sur d'autres types d'étayage. Il semble important d'évoquer notamment la psychiatrisation de plus en plus large des problématiques sociales et éducatives, prise en charge psychiatrique qui n'apparaît souvent ni nécessaire, ni bénéfique pour l'adolescent.

Cette population apparaît plus fréquemment adressée par les **structures hospitalières**, ce qui confirme les difficultés de prise en charge, l'hôpital de jour étant alors mis en place pour tenter de sortir le jeune de l'hospitalisation complète en le réinsérant progressivement en reconstruisant des liens sociaux extérieurs.

D'après les données étudiées, on peut supposer une **problématique d'avantage sociale et éducative psychiatisée**, ou en tous cas une **problématique psychiatrique moins lourde et plus secondaire**.

- Caractéristiques de la population pour laquelle l'absentéisme est élevé d'emblée ou secondairement, mais pour laquelle la prise en charge est tout de même maintenue (N=34):

Il semble intéressant de se pencher sur les spécificités de cette population afin de comprendre pourquoi la prise en charge est maintenue malgré le peu d'adhésion aux soins apparent.

On retrouve une population relevant davantage d'une prise en charge psychiatrique et moins de structures socio-éducatives, les **pathologies du lien** sont surreprésentées. Les troubles se sont pour la plupart révélés à l'adolescence, même si certains prémices dans l'enfance avaient déjà pu conduire aux soins, mais de manière discontinue et se manifestent pour beaucoup par une déscolarisation ou la nécessité de rejoindre une scolarité adaptée.

On note une fréquence plus élevée de **trouble de personnalité et troubles de conduites et des émotions** (et quasiment pas de psychose infantile), témoignant de **problématiques narcissiques** et autres pathologies du lien, nécessitant une adaptation des objectifs de soin à ce que peut supporter le patient et une meilleure tolérance de l'équipe soignante. La prise en charge chaotique témoigne des **troubles de l'attachement**, de la difficulté à mettre en place des liens stables et doit permettre un travail au long cours sur les liens (aussi bien avec les adultes qu'avec les autres adolescents), à partir de la notion de continuité et de permanence. L'affiliation à l'équipe de soins est difficile, mais c'est l'enjeu de la prise en charge, pour donner au jeune une expérience de stabilité relationnelle avec une distance suffisante. C'est un travail de longue haleine nécessitant de résister aux attaques du cadre pour éviter d'exposer le jeune à de nouvelles ruptures qui viendrait réactiver ses expériences antérieures et confirmer son mode de fonctionnement, la prise en charge devenant alors contre-productive. Il s'agit là d'un véritable soin institutionnel dans la mesure où le travail d'équipe est indispensable pour donner un sens à cette prise en charge, sur la notion de cadre, de limites, de temporalité et de permanence. Il y a nécessité d'un accordage institutionnel pour orchestrer le chaos de la prise en charge et le transformer en une sonorité unique, sonorité acceptable et audible aux oreilles hypersensibles du jeune.

- Caractéristiques globales du sous-groupe qui ne parvient pas à s'inscrire dans les soins (N=53):

Ce sous-groupe rassemble des adolescents aux caractéristiques bien précises : absence de passé institutionnel en dehors des hospitalisations, déscolarisation après une scolarité ordinaire, diagnostic évoquant plutôt des ruptures de l'adolescence plutôt que des pathologies anciennes. Les conditions de fin de prise en charge et le devenir immédiat sont plutôt chaotiques (rupture, désaccord, situation instable,...). Certains ont été réorientés vers d'autres solutions institutionnelles, peu ont repris une activité plus ou moins normale avec un soutien ambulatoire, une majorité sont retournés chez eux sans aucun projet...

En résumé, la population H- qui n'adhère pas à l'hôpital de jour présente plus fréquemment les caractéristiques suivantes :

- **Age de premier contact avec la pédopsychiatrie plus tardif** (p=0.075), début de la prise en charge à l'**adolescence** (p=0.011)
- Antériorités d'un **suivi social** (p=0.082), **placement en foyer** ou lieu de vie (p=0.55)
- Suivi actuel par les services **sociaux** (p=0.088) et/ou **judiciaires** (p=0.071)
- **Déscolarisation** évoluant depuis plusieurs mois (p=0.011)
- **Parents séparés** (p=0.029)
- Demande de prise en charge en HDJ initiée par les **services hospitaliers** (p=0.026)
- Diagnostic non en faveur d'un trouble psychotique (p=0.003), le plus fréquemment diagnostic de **trouble de personnalité** (p=0.063) de type état limite ou **trouble des conduites et des émotions** (p=0.034)
- Prescription psychotrope **multiple** (p=0.026) (comprenant plus d'un traitement psychotrope de fond)

La fin de prise en charge est alors marquée par la rupture : l'arrêt de l'hôpital de jour est souvent « subi » par l'équipe de soins du fait d'un **refus** du jeune de revenir à l'HDJ, maintien d'un suivi médical psychiatrique moins fréquent à la sortie, situation à la sortie plus instable et précaire (taux plus élevé d'hospitalisations complètes, d'incarcération et d'errance), moindre reprise ou poursuite d'une scolarité ou d'une formation.

b. Caractéristiques de la population pour laquelle l'inscription aux soins a été possible avec une bonne adhésion à la prise en charge : Population H+ (N=47):

Ce sous-groupe H+ qui investit les soins se compose d'une population **plus lourde** d'un point de vue **psychiatrique** et moins d'un point de vue social,

- présentant d'avantage de **troubles psychotiques** (p=0.03) et notamment de **psychoses infantiles** (p=0.0023),
- ayant déjà un **parcours de soin** inscrit depuis plusieurs années (p=0.11), avec une prise en charge plus précoce (p=0.075), parfois continue avec pour certains antécédents institutionnels de type hôpital de jour ou unité du soir (p=0.062).

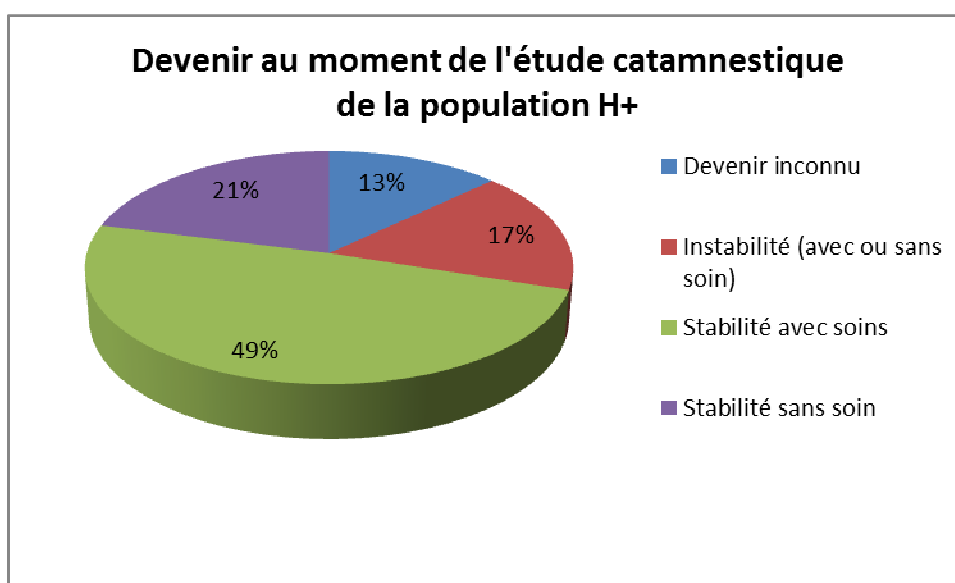
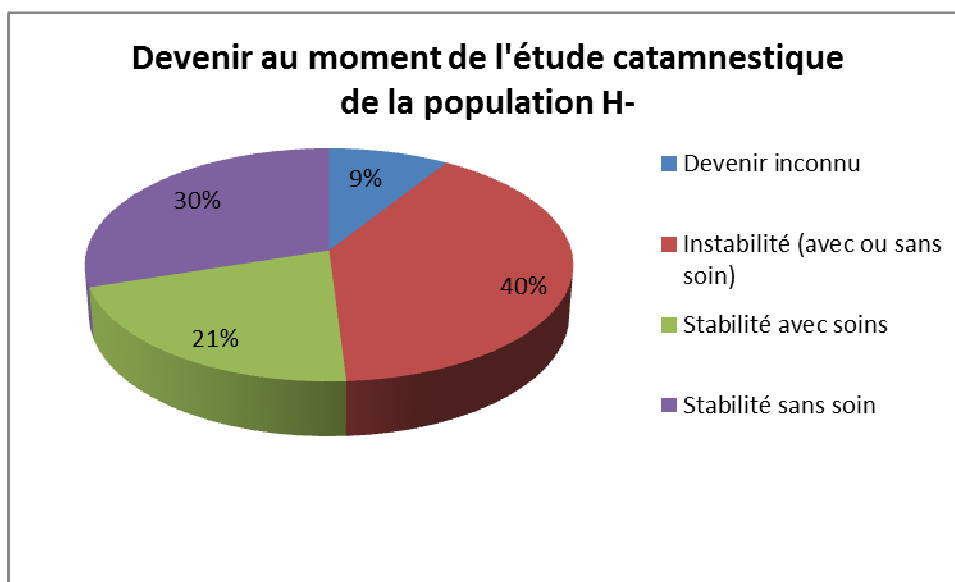
Il paraît donc clair que pour ce groupe, nous nous situons dans la poursuite d'une prise en charge institutionnelle déjà bien inscrite dans la trajectoire de l'individu.

2. COMPARAISON DES DONNEES CATAMNESTIQUES:

Les résultats détaillés sont présentés sous forme de tableau comparatif (Annexe 4 D).

En résumé, le **devenir** de la population H- qui n'adhère pas à l'hôpital de jour présente plus fréquemment les caractéristiques suivantes :

- Population **moins lourde sur le plan psychiatrique** (moindre fréquence d'hospitalisations sous contrainte) (ou en tous cas caractérisée par un refus des soins persistants pour la majorité), **plus lourde sur le plan social**. La **non-adhésion aux soins se maintient** fréquemment à l'âge adulte, et même si une partie de cette population nécessiterait encore des soins, l'évolution se fait pour la plupart à distance du parcours de soins.
- Evolution plus fréquente vers une **instabilité** (avec ou sans soins) mais aussi vers une **stabilité sans nécessité de soins** ($p=0.005$) (l'évolution vers une stabilité avec soins est nettement moins fréquente)



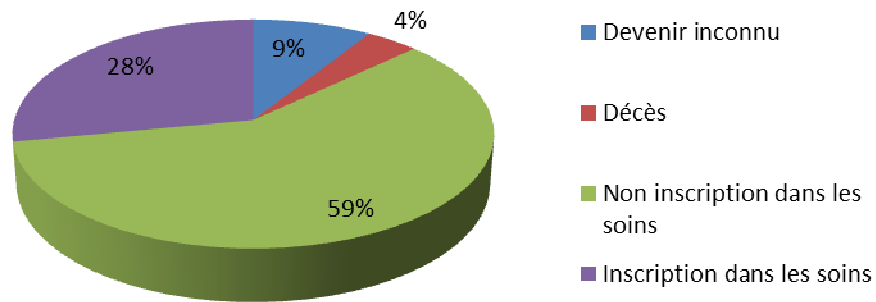
- **Absence d'adhésion à un parcours de soins plus fréquente :**
- Absence de suivi psychiatrique volontaire et régulier (p=0.006), absence de suivi psychologique (p=0.054), absence de prise en charge en hôpital de jour (p=0.064)
- Absence de prescription de traitement psychotrope (p=0.022)
- Moindre fréquence des hospitalisations sous contrainte (p=0.058) (à taux équivalent d'hospitalisations)
- Moindre fréquence de diagnostics de trouble psychotique rapportés par le jeune ou sa famille (p=0.085)
- Suivi éducatif moins fréquent (p=0.018), suivi **judiciaire** plus fréquent (p=0.056)
- Antécédents plus élevés d'**errance** (p=0.033), d'**hébergement en structure d'accueil sociale** (p=0.078), moindre fréquence d'hébergement en lieu de vie médical (p=0.022)
- Bénéficiant plus rarement de l'AAH (p=0.003) mais plus fréquemment du RSA ou d'**allocations chômage** (p=0.046)
- Faisant moins souvent l'objet d'une mesure de protections des biens (p=0.021)
- Plus souvent **marié** ou **divorcé** (p=0.028), avec un ou plusieurs **enfants** (p=0.013)
- **Relations intrafamiliales** plus fréquemment **distantes** et de mauvaise qualité (p=0.016)
- Moindre fréquence d'emplois adaptés (p=0.005), travail plus souvent non déclaré ou trop ponctuel pour permettre l'ouverture de droits sociaux (p=0.001)

Cette population évolue en parallèle des structures de soins, et continue à être plus lourde sur le plan social. L'échappement aux soins se maintient.

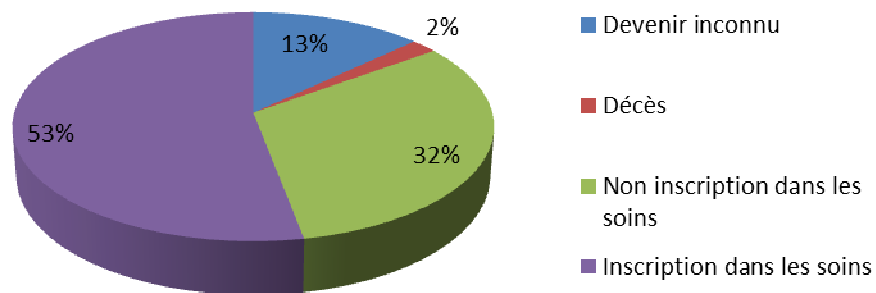
En résumé :

Pour une partie de cette population qui ne s'était pas inscrit dans les soins en hôpital de jour, les **troubles psychiatriques** se sont révélés **transitoires**, passés le cap de l'adolescence, ces jeunes adultes ont pu s'autonomiser en partie et s'insérer, **sans nécessité de soins**, s'orientant dans une vie stable. En revanche, pour un pourcentage majoritaire de cette population, les **troubles psychiatriques** non pris en charge se sont installés, **intriqués avec une dimension sociale** menant à une situation de vie instable et souvent précaire. **L'instabilité et la difficulté d'inscription aux soins se maintiennent** alors, avec parfois répercussions judiciaires pouvant aller jusqu'à l'incarcération.

Inscription dans les soins à l'âge adulte de la population H-



Inscription dans les soins à l'âge adulte de la population H+



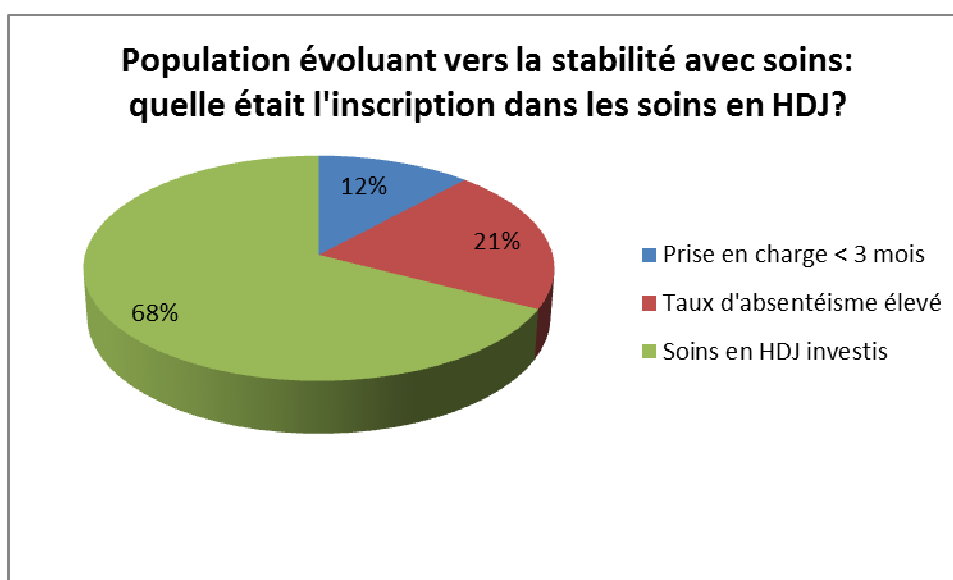
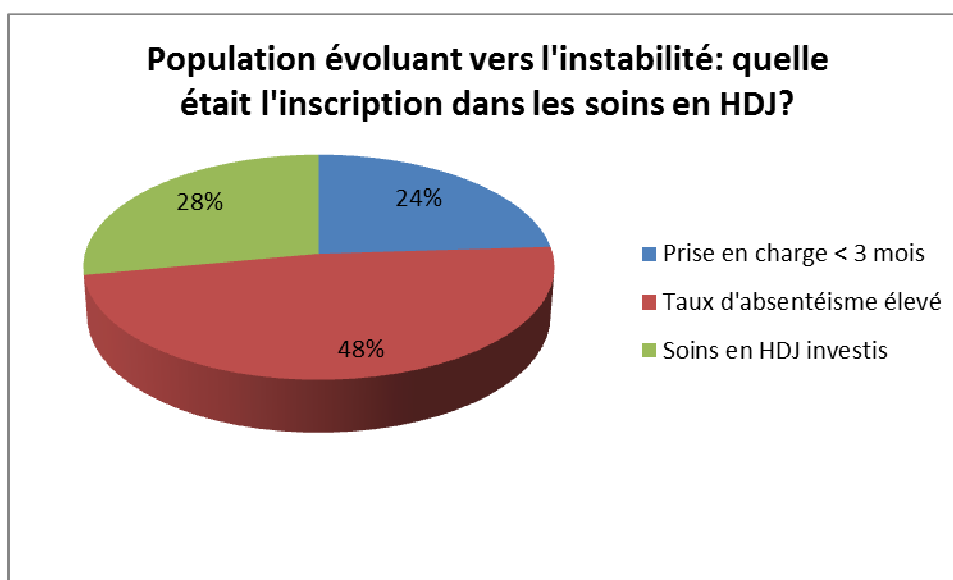
D. ANALYSE STATISTIQUE A PARTIR DU CRITERE DU DEVENIR

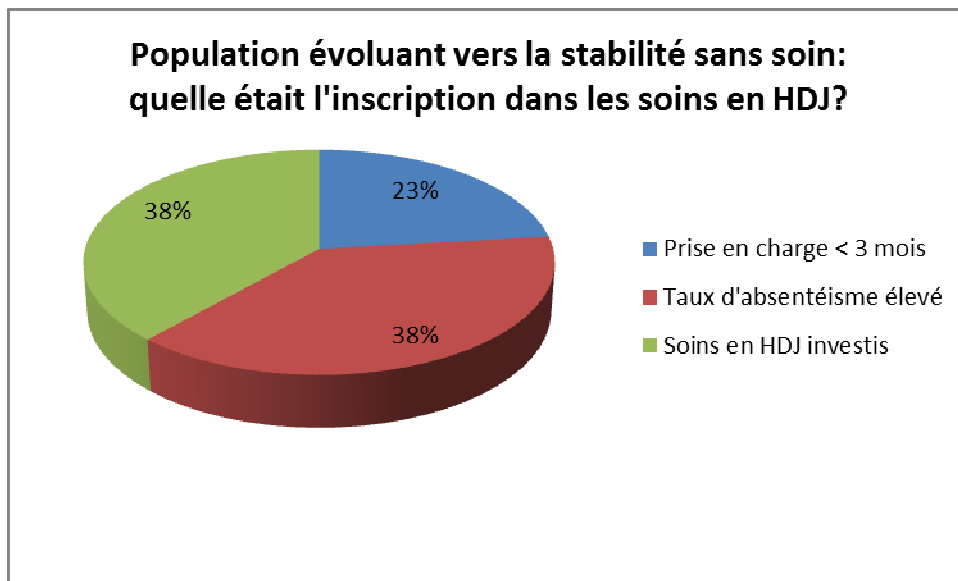
Les données rétrospectives ont été comparées entre :

- 1°) la population qui évolue vers l'**instabilité** (avec ou sans soin) (N=29),
- 2°) la population qui évolue vers la **stabilité avec soins** (N=34),
- 3°) la population qui évolue vers la **stabilité sans soin** (N=26).

Le détail des caractéristiques rétrospectives de ces 3 populations est présenté sous forme de tableau en annexe (Annexe 4 E et F).

Si l'on s'intéresse à l'adhésion à la prise en charge selon le devenir, les résultats (dont la différence est statistiquement significative ($p=0.025$)) sont représentés dans les graphes suivants :





On peut s'interroger sur le taux correspondant à des évolutions spontanées dans cette population qui évolue vers la stabilité sans soin.

Se dessinent 3 populations distinctes, où l'on retrouve plus souvent les caractéristiques suivantes :

- **Les caractéristiques corrélées à la population qui évolue vers l'instabilité (avec ou sans soin):**

- Parent issu de l'immigration (p=0.063)
- Antécédents de suivi **socio-éducatif** (p=0.0007) et suivi parallèle **socio-éducatif** (p=0.0011), mesure de **placement** (p=0.004)
- Antécédents de suivi **judiciaire** (p=0.004) et suivi parallèle **judiciaire** (p=0.0001), maintenu à la sortie (p=0.048)
- Antécédents d'**hospitalisation complète** (p=0.061)
- Demande de prise en charge en hôpital de jour initiée par un service d'**hospitalisation complète** (p=0.081)
- Survenue d'une **hospitalisation complète** pendant la prise en charge en hôpital de jour (p=0.003)
- **Trouble de personnalité** (p=0.0014)
- Fin de prise en charge du fait d'un **refus du jeune de poursuivre les soins** en hôpital de jour (p=0.0002)
- Evolution défavorable entre l'admission et la fin de la prise en charge en hôpital de jour, situation instable en fin de prise en charge (p=0.018)

Certaines de ces caractéristiques ne sont pas uniquement spécifiques de cette population **instable**, mais communes également à la population qui évolue vers la **stabilité sans soin**.

Notamment le **refus de poursuivre la prise en charge** qui vient mettre fin aux soins en hôpital de jour, caractéristique qu'on retrouve très fréquemment dans la population qui évolue vers l'instabilité mais également dans la population qui évolue vers la stabilité sans soin, et à moindre fréquence, les troubles de personnalité.

Il est important de noter que ces caractéristiques qu'on retrouve corrélées à une évolution **instable** se chevauchent partiellement à celles qui orientent vers une **difficulté d'inscription aux soins**. En revanche, une partie de la population qui ne s'inscrit pas dans les soins évolue vers la stabilité sans soin, certaines caractéristiques sont donc discriminantes et orientent davantage vers une évolution instable, alors que d'autres rassurent sur une évolution stable sans soin.

- **Les caractéristiques qui orientent vers une évolution stable sans soin sont :**

- **Aucun facteur familial** influençant l'état de santé retrouvé (p=0.064)
- Evolution favorable entre l'admission et la fin de la prise en charge en hôpital de jour, situation stable à la sortie (p=0.018)
- Aucun suivi mis en place à la sortie (p=0.001)

Ce qui confirme que l'évolution du jeune est perçue à sa juste mesure par les équipes de soins en fin de prise en charge et cette **évolution favorable se maintient**.

- **Les caractéristiques plus fréquemment retrouvées dans la population qui évolue vers la stabilité avec soins sont :**

- Antécédents de prise en charge en **hôpital de jour** ou unité du soir (p=0.047)
- Suivi parallèle **psychiatrique** (p=0.014)
- **Trouble psychotique** (p=0.031)
- Taux de **présence** en hôpital de jour satisfaisant (p=0.014)
- Suivi **psychiatrique** maintenu à la sortie (p=9.31 E-6)

Ces caractéristiques témoignent de la pathologie psychiatrique plus lourde que présentent ces jeunes adultes, d'évolution plus chronique mais avec une évolution relativement favorable grâce au suivi et ses répercussions sociales positives.

E. EVOLUTION DU DIAGNOSTIC POSE AU FUR ET A MESURE DE LA PRISE EN CHARGE

a. Corrélation du diagnostic posé lors de prises en charge antérieures au diagnostic posé lors de l'Hôpital de Jour:

20% des adolescents de notre cohorte n'avaient **pas** fait l'objet d'un **diagnostic antérieur**. Pour ceux qui ont reçus un diagnostic précédemment, ce diagnostic est **stable** pour **57.5%** (46 des 80 diagnostics).

Le détail des évolutions diagnostiques est présenté en annexe (Annexe 4 H).

b. Corrélation du diagnostic posé lors de l'Hôpital de Jour au diagnostic actuel:

Pour **40.4%** de ces jeunes adultes nous n'avons **pas retrouvé de diagnostic récent**. Pour ceux qui ont reçus un diagnostic récemment, ce diagnostic est **stable** pour **66%** (35 des 53 diagnostics retrouvés) en comparaison au diagnostic posé en HDJ.

Le détail des évolutions diagnostiques est présenté en annexe (Annexe 4 H).

IV. DISCUSSION

A. DISCUSSION DES LIMITES ET BIAIS METHODOLOGIQUES DE NOTRE ETUDE :

Il existe plusieurs limites que nous allons détailler :

- Caractère **unicentrique** de l'étude : la population d'adolescents accueillie à l'hôpital de jour du Centre Hospitalier Alpes Isère est-elle représentative des autres hôpitaux de jour ? Le recrutement d'autres hôpitaux de jour pour adolescents se fait-il sur les mêmes critères ? La revue de la littérature présentée en annexe va dans ce sens, de même que les résultats très proches de l'étude de F. LOUBIERE (40) et orientent vers l'idée d'une certaine représentativité des pratiques. Il est aussi nécessaire de tenir compte de l'évolution des indications depuis la mise en route de l'hôpital de jour, qui n'en était qu'à son démarrage en 1998 et qui a connu quelques mutations depuis.
- **Biais de sélection** : la population évaluée dans notre étude porte sur des adolescents pour lesquels une indication de prise en charge en hôpital de jour a été posée, il existe donc un biais de sélection par l'introduction d'un facteur de sévérité par rapport à une population ambulatoire, les résultats ne peuvent donc pas être généralisés aux adolescents suivis uniquement en ambulatoire. Dans le même temps ce critère est en soi un des éléments étudié dans l'étude.
- **Absence d'une population contrôle** non psychiatrique mais surtout d'un groupe contrôle psychiatrique mais ne bénéficiant pas de soins en hôpital de jour. L'intérêt d'un groupe contrôle de patients pris en charge en ambulatoire est évident d'un point de vue théorique mais difficile à reproduire en pratique du fait de l'hétérogénéité des diagnostics et de la lourdeur de la symptomatologie présentée qui orientent bien souvent sur une prise en charge institutionnelle à temps partiel ou à temps complet.
- **Taux de perdus de vue** : ce taux, s'élevant à 11% dans notre étude est au final relativement bas du fait d'un démarchage par téléphone. Ce taux de non-réponse peut s'expliquer par le recul important pour certains et des facteurs liés à l'âge (déménagement, départ de chez les parents, changement de statut scolaire et professionnel, changement de statut familial), auxquels s'ajoutent des facteurs liés aux difficultés psychologiques, source d'instabilité et de ruptures. Les sujets perdus de vue ne se différenciaient pas significativement des répondants pour l'âge au moment de l'admission, ni pour le sexe, ni pour le diagnostic et la gravité des troubles présentés (l'ensemble des catégories diagnostiques étant représentées). Par contre, le recul moyen de l'étude et l'âge au moment de l'enquête étaient significativement plus élevés, néanmoins, les différences sur le plan statistique étaient négligeables d'un point de vue clinique (9.41 ans versus 7.91 ans pour le recul moyen et 26.1 ans versus 24 ans pour l'âge moyen au moment de l'enquête).

- **Biais d'attrition** : les perdus de vue ne le sont pas de façon aléatoire (on peut imaginer qu'il s'agit davantage de ceux qui ont évolué vers l'instabilité ou la stabilité sans soin). Il est également nécessaire de tenir compte des différentes modalités de recueil des informations : auprès du jeune directement, auprès de sa famille, par un intervenant médical ou social, ou uniquement à partir des dossiers informatisés.
- **Biais de mémorisation** au moment de l'enquête catamnestique et de l'évaluation du regard porté à distance sur la prise en charge
- **Données manquantes** liées au caractère rétrospectif de l'étude : le recueil des informations pour la partie rétrospective de l'étude a été réalisé sur dossiers, ce qui nous a confrontés à un certain nombre de données manquantes nous obligeant à abandonner certains items (par exemple le quotient intellectuel, l'autonomie des transports, ...).
- **Disparité du recul** qui comporte des valeurs extrêmes (2.5 à 13.8 ans). Il nous a en effet fallu un temps de recrutement suffisamment long pour obtenir un nombre satisfaisant de sujets, compte tenu des caractéristiques de l'hôpital de jour évalué (6 puis 8 places). Pour tenir compte de ce recul dans les résultats, il aurait été nécessaire de réaliser des groupes de survie en pondérant les résultats par le recul.
- **Disparité des âges** au moment de l'étude (de 18 à 32 ans), allant de la post-adolescence (de 18 à 22 ou 24 ans selon les auteurs) à l'âge adulte. Il n'est pas dans notre propos de vouloir mettre sur le même plan le fonctionnement psychique un adolescent tout juste passé au statut de majeur et un jeune adulte de 22 ou 23 ans ou même de 30 ans, ni bien sûr d'effacer les différences qu'elles tiennent au sexe, au milieu, à la diversité individuelle ou psychopathologique. Cependant, l'âge au moment de l'étude ne semble pas jouer sur le profil de consommation des soins et pour la plupart, les jeunes qui étaient consommateurs de soin à leur accès à la majorité le restent au-delà, de même que la rupture de soin semble se maintenir.
- **Méthodologie de recueil des données** : L'utilisation de questionnaires semi-dirigés réalisés par téléphone pouvait interroger sur la qualité des informations fournies par les sujets. L'existence d'une corrélation positive significative entre les réponses et les informations retrouvées en marge dans les dossiers cliniques récents et la cohérence des différents résultats étaient en faveur de réponses valides.

Le choix d'une évaluation du devenir basée sur un questionnaire simple basé sur un entretien téléphonique est certes insuffisant mais permet de limiter le nombre de non-répondant. L'utilisation d'auto-questionnaires pour l'évaluation psychopathologiques des sujets peut sembler préférable mais représente également un biais potentiel, puisque ces données sont laissées à la subjectivité des patients, il n'y a pas plus d'assurance de l'exactitude des résultats, et risque de défaut de compréhension, ou de difficultés de remplissage. Dans la plupart des études internationales, l'évaluation clinique est réalisée à partir d'entretiens directs, avec passation échelle standard

diagnostic au cours d'un entretien médical. L'étude devient donc « interventionnelle » et donc plus lourde au niveau de la mise en œuvre de son protocole et entre dans le cadre de la *Loi sur la Recherche Biomédicale*.

L'absence d'échelle diagnostique standardisée est aussi critiquable, puisque la cotation diagnostic au moment de la prise en charge en hôpital de jour ni même l'évaluation du devenir ne sont faites à partir de données objectives dans une évaluation reproductible. L'évaluation peut paraître subjective, et d'autant plus que les données sont parfois uniquement issues du discours des parents donc sans avoir le jeune directement. Ce choix correspond à ce qui nous paraissait acceptable, c'est-à-dire en adéquation avec les réalités de la clinique, du fait qu'il ne s'agissait que d'une étude rétrospective avec un recul pouvant aller jusqu'à 13 ans et que les patients n'en avaient pas été informés à l'avance selon un protocole prospectif.

- **Critères définissant les sous-groupes de populations** : le choix des critères définis pour évaluer l'inscription ou non dans les soins peut faire l'objet de discussions, de même que la notion de stabilité retenue pour décrire les évolutions.
- **Problème des classifications diagnostiques utilisées et plus généralement du diagnostic à l'adolescence** : La classification utilisée au moment des prises en charge en hôpital de jour était la CFTMEA de 1986 et sa révision de 2000, classification de référence en pédopsychiatrie française. Nous avons vérifié à posteriori les correspondances existant entre cette classification française et la CIM-10 et converti les diagnostics retrouvés dans les dossiers selon la CIM-10. A l'image de l'évolution des conceptions diagnostiques, on peut aussi relever une probable sous-estimation dans notre population du taux de trouble bipolaire dans notre cohorte puisqu'aucun diagnostic n'a été porté, diagnostic peu pris en compte dans les années 90-2000. Ce point sera rediscuté ultérieurement.

Il est aussi nécessaire d'insister sur la **difficulté particulière à poser un diagnostic à l'adolescence**, et aux variations diagnostiques importantes selon l'observateur (et notamment selon son orientation) mais aussi selon le moment de prise en charge. Les modalités de fonctionnement psychique et le caractère souvent mobile, protéiforme de manifestations symptomatiques à l'adolescence, interrogent les modèles diagnostiques catégoriels. Pour 89 jeunes, nous avons pu retrouver un diagnostic principal stable, en revanche pour 11 adolescents, nous n'avons pu retenir un diagnostic unique et avons donc notifié les fluctuations diagnostiques qui témoignent des incertitudes cliniques fréquentes dans notre pratique.

Le **taux de comorbidité**, élevé dans notre population, est un autre facteur de confusion possible. Nous n'avons en effet retenu que le diagnostic principal (qui déjà n'était pas une stable pour une partie de la population). Le grand nombre de comorbidités associées au trouble référencé comme principal est un facteur de confusion important pouvant influencer l'évolution des sujets.

B. DISCUSSION DES RESULTATS

a. Discussion de points spécifiques :

- **Sous-estimation probable du diagnostic de trouble bipolaire lors des diagnostics posés à l'adolescence :**

Aucun diagnostic de trouble bipolaire n'a été porté à l'adolescence dans notre cohorte. On retrouve en revanche trois diagnostics de trouble schizo-affectif, dont un avait déjà été porté antérieurement. A partir des données récentes, à l'âge adulte, trois diagnostics de trouble bipolaire sont rapportés par les patients et/ou familles, et un diagnostic de trouble bipolaire est retrouvé dans les dossiers ainsi qu'un diagnostic de psychose infantile dysthymique. Pourtant, certaines descriptions cliniques avec symptomatologie thymique au premier plan et symptômes psychotiques, et l'évolution avec récupération d'un bon niveau de fonctionnement peuvent laisser penser que les troubles bipolaires ont probablement été sous-diagnostiqués dans notre cohorte, certainement parce que ce diagnostic n'était pas facilement évoqué à l'adolescence il y a une dizaine d'années et que la symptomatologie psychotique plus fréquemment retrouvée à l'adolescence oriente souvent vers le diagnostic de trouble psychotique bref ou de schizophrénie. On peut se questionner sur la portée d'un tel diagnostic orientant sur une structure psychotique et les conséquences possibles sur la prise en charge et l'avenir de ces jeunes...

On peut supposer que les diagnostics de trouble bipolaire sont possiblement sous-évalués, en lien avec une évolution du regard clinique et diagnostique. Depuis les années 2000, surtout dans la littérature spécialisée américaine, les publications sur l'apparition précoce de trouble bipolaire chez l'enfant et l'adolescent se sont multipliées. Chez l'adolescent, en dehors de l'opposition entre trouble bipolaire type I et II qui apparaît moins pertinente que chez l'adulte, la littérature retrouve une fréquence plus élevée d'épisodes mixtes et de trouble bipolaire à cycle rapide. Cette mise à plat de la séméiologie dégage les risques de diagnostic par excès de schizophrénie ou de psychose dans la tranche d'âge 15-25 ans. Le diagnostic de « bouffée délirante aiguë », très caractéristique de la nosographie française, représente l'exemple même des ambiguïtés sémantiques ayant pu conduire à des hypothèses quasi systématiques de « psychose », cadre diagnostique dont les implications restent souvent très dommageables pour le sujet. Même quand les manifestations thymiques sont clairement évidentes, cela témoigne souvent d'une « schizophrénie dysthymique » ou « trouble schizo-affectif » mais non d'une possible maladie bipolaire. D. MARCELLI (41) reconnaît que « sans nier l'existence de ces formes dysthymiques de schizophrénie, il est incontestable que la difficulté à reconnaître la possibilité d'émergence d'un trouble bipolaire dès l'adolescence a conduit à des erreurs diagnostiques et plus encore à des propositions thérapeutiques pas toujours adaptées ». On constate une sous-évaluation de ce diagnostic dans la tranche d'âge 15-20 ans. Les formes à début délirant avec manifestations maniaques ou hypomaniaques sont fréquentes. La variabilité des appellations témoigne d'ailleurs du statut relativement incertain de ces épisodes pathologiques. L'évolution et le pronostic aigu de ces épisodes restent très

ouverts et l'éventualité d'un trouble bipolaire doit faire partie des hypothèses évolutives à retenir d'emblée.

- **Evolution de l'inscription aux soins**

L'inscription dans les soins est complexe à l'adolescence, mettant le jeune dans une position paradoxale puisque dans le même temps on lui impose un cadre alors qu'il est censé apprendre à se déterminer par lui-même.

*Les sujets qui ont investi les soins en hôpital de jour à l'adolescence (H+) utilisent en plus grand nombre les systèmes de soin en santé mentale à l'âge adulte, 62.5% bénéficient d'un suivi psychiatrique, 27.5% d'un suivi psychologique, 20% d'une prise en charge en HDJ ou en CATTP et 42.5% ont été récemment hospitalisés en psychiatrie. 52.5% des sujets de ce groupe consommaient des psychotropes au moment de l'enquête. Les sujets ne parvenant pas à s'inscrire dans les soins en hôpital de jour (H-) ont moins recours au système de soin (17.4% ont un suivi psychiatrique régulier, 28.2% bénéficient d'une prescription d'antipsychotique). Ces résultats sont cependant supérieurs à ceux retrouvés dans une étude française en population générale réalisée en 2005 où 14% des individus interrogés avaient consommé des psychotropes au cours du dernier mois. La difficulté d'inscriptions aux soins semble se maintenir à l'âge adulte, quand bien même leur état le nécessiterait. **L'inscription ou non aux soins révèle deux populations distinctes de par leurs caractéristiques mais aussi au devenir différent.***

Les études effectuées sur **l'alliance thérapeutique** avec des patients adultes (D. MARTIN (42)) ont mis en évidence qu'elle était un **facteur prédictif de l'évolution**, quel que soit l'instrument de mesure utilisé, le type de psychothérapie ou la pathologie psychiatrique. Des recherches similaires en pédopsychiatrie sont très peu nombreuses (S. KERMARREC (34) et S. BOURION (7)) et retrouvent un lien significatif entre une bonne alliance avec le patient et un devenir favorable pour l'évolution symptomatique. L'importance de l'alliance thérapeutique y est pourtant tout aussi fondamentale et probablement plus complexe en raison de la multiplicité des partenaires engagés dans sa mise en œuvre.

- **Taux d'évolution spontanée :**

Il n'est pas question dans ce travail de faire des liens de causalité directe entre la prise en charge et le devenir de ces jeunes, d'assurer que l'hôpital de jour a joué sur leur devenir, l'évolution de ces jeunes est beaucoup trop multifactorielle pour arriver à de tels liens. L'idée est simplement de réfléchir à la prise en charge, la qualité des liens établis et la continuité ou non des soins, donnant lieu à la constatation de deux populations relativement singulières, aux parcours de soin et évolution différente. On ne peut en effet savoir le taux d'évolution spontanée, invariante selon les prises en charges mises en place, et notamment parmi la population qui évolue vers la stabilité sans soin. Les sujets qui ont évalué favorablement le sont-ils à grâce à ou malgré les mesures qui ont été prises à leur égard et quelle est la part d'évolution spontanée ? On peut s'interroger si les évolutions constatées dans la population dont la durée de prise en charge est inférieure à 3 mois peuvent s'apparenter globalement aux

évolutions spontanées. On peut aussi imaginer qu'elles puissent en différer légèrement selon l'impact que peut avoir pour le jeune la mise en place de soins lourds, qui peut parfois se révéler mobilisatrice, le jeune étant capable de mettre en jeu des ressources parfois inemployées pour s'extraire de la prise en charge.

- **Pourquoi le choix de la notion de stabilité et non d'autonomie ?**

La notion d'autonomie apparaît difficile à critériser d'une façon rigoureuse, de par sa dépendance avec les valeurs sociétales mais aussi les aléas économiques. En effet, le départ de plus en plus tardif du domicile parental souvent pour des questions financières, le taux de chômage élevé chez les jeunes modifient la donne. Peut-on vraiment dire qu'un jeune au chômage ou touchant le RSA ou un autre qui vit encore chez ses parents qu'il est ou n'est pas autonome ? Mais la question va même au-delà de ces aspects économiques, et touche à nos propres représentations. Que peut-on dire d'un jeune qui vit en foyer et travaille en ESAT ? Et d'un autre qui, à première vue, vit en logement autonome, en couple, mais qui, lorsqu'on creuse un peu, se révèle dans un lien de dépendance à son conjoint ? La notion d'autonomie n'apparaît pas évaluable à partir des items de notre questionnaire, on peut en avoir une représentation, mais qui sera dépendante de nos échelles de valeurs, propres à chacun. D'autant plus que ce qui nous intéresse, au-delà des considérations sociétales et économiques, c'est l'autonomie du fonctionnement psychique du sujet, autrement dit sa capacité à construire sa vie au mieux possible dans la direction qu'il souhaite tout en tenant compte de la réalité et à partir de ses ressources propres mais aussi de ses capacités relationnelles, à faire avec les autres.

Aux vues des évolutions très diverses et parfois surprenantes, on peut s'interroger sur ce qui est à l'origine de ces différences d'accès à l'autonomie, parfois pour des pathologies qui apparaissent à l'adolescence avec une gravité proche... Qu'est-ce qui permet à de jeunes adultes pris en charge pour des troubles mentaux divers – schizophrénie, troubles de l'humeur, troubles du comportement, anorexie, dépression... – d'accéder à l'autonomie ou, à l'inverse, contrecarre le processus d'émancipation ? Serait-ce la maladie elle-même, sa gravité intrinsèque, son « cours naturel » ? Ou bien la qualité – précocité, modalités – de la prise en charge ? Ou bien encore les ressources économiques, culturelles, sociales dont disposent les jeunes et/ou leurs familles, les décisions qu'ils prennent ?

Répondre à ces questions suppose qu'il est possible de décider *a priori* ce que signifie, pour tout jeune, devenir adulte, voire quelles sont les étapes, pour un jeune « normal », de ce devenir. C'est également postuler qu'il existe un consensus social sur le contenu de l'autonomie à atteindre et que les jeunes intéressés, les personnes impliquées dans leur accompagnement et leur prise en charge, poursuivent un objectif commun : une **situation d'avenir relativement stable et déterminable** au sortir de la jeunesse... C'est donc cette notion de **stabilité** que nous avons préféré retenir.

- **Evolution de l'hôpital de jour depuis son ouverture :**

On observe donc un processus de « sélection naturelle » des prises en charge, à la fois au niveau du prolongement de la durée des soins pour certains patients, les soins étant poursuivis malgré les aléas pour les patients au fonctionnement les plus inquiétants (et finalement pour ceux qui évoluent souvent le plus défavorablement) mais aussi au niveau de la sélectivité des indications qui s'établit peu à peu. Sur le plan de l'évolution sur l'axe temporel des problématiques des adolescents accueillis entre l'ouverture en 1998 et 2009, on observe un certain nombre de mutations des indications mais aussi des modalités des soins offertes. Souvent l'histoire naturelle de l'institution fait sa sélection par elle-même en fonction de ce qu'elle peut offrir ou non aux patients. Pour exemple, à sa création, l'hôpital de jour pour adolescents du CHAI accueillait d'avantage de jeunes déjà en voie de bascule du côté de la délinquance, certes sur des troubles de la personnalité graves, mais avec un suivi judiciaire venant rappeler la loi. L'hôpital de jour est apparu infructueux, insuffisant pour répondre à ses problématiques, peu à peu l'accueil de patient de ce type s'est restreint de façon intuitive sans qu'aucune consigne explicite n'ait été érigée, tout autant du côté de ceux qui reçoivent la demande d'admission que de ceux qui l'émettent.

b. Comparaison des résultats avec les données retrouvées dans la littérature :

1. Quelle est la population accueillie en hôpital de jour pour adolescents ?

La littérature portant spécifiquement sur la prise en charge des adolescents en hôpital de jour est limitée. Dans la plupart des articles, les auteurs s'attèlent à décrire certaines réflexions issues de la clinique, ou certains points spécifiques de leur pratique, mais les études descriptives ou analytiques sur cette populations sont très restreintes.

Dans l'article « *Devenir d'un hôpital de jour pour adolescents : quelques réflexions à partir d'une étude de clientèle* » paru en 1995, F. LOUBIERE (40) décrit la population accueillie en hôpital de jour et dresse un profil assez précis de l'adolescent admis (à partir d'une cohorte de 75 patients admis entre 1988 et 1992), résultats que nous retrouvons en partie dans notre étude :

- Plutôt un **garçon** (58% dans l'étude de F. LOUBIERE contre 54% dans notre cohorte)
- Agé de **15 ou 16 ans** (62% dans l'étude de F. LOUBIERE contre 53% dans notre population)
- Avec un **niveau scolaire** est généralement un niveau **collège**, le plus souvent inférieur à une 4^{ème} (64% dans l'étude de F. LOUBIERE contre 65% dans notre étude)
- Enfin au niveau de l'activité, 41% seulement suivaient une **scolarité** ou une formation professionnelle dans l'étude de F. LOUBIERE (contre 45% dans notre étude).

Sur le plan diagnostique, F. LOUBIERE relevait :

- 42.7% de diagnostics de **trouble psychotique** (dont 17.3% de **psychoses infantiles** et 25.3% d'**états psychotiques de l'adolescence**),
- 38.6% de diagnostics d'**états-limites** et **troubles narcissiques**
- et 18.7% de **troubles névrotiques**.

Dans notre étude, nous retrouvons :

- 44% de diagnostics de trouble psychotiques (dont 25% de psychoses infantiles et 19% d'états psychotiques de l'adolescence),
- 34% de diagnostics de trouble de personnalité et 9% de troubles du comportement,
- et 12% de diagnostics de troubles anxio-dépressifs.

F. LOUBIERE s'était attelée à décrire les caractéristiques de la population selon la **durée de prise en charge**, durée fixée à **1 an** déterminant deux sous-groupes de patients (*prises en charge courtes, inférieures à 1 an*: 28 patients ; *prises en charge supérieures à 1 an* : 47 patients pour lesquels la prise en charge est plus longue et considérée comme efficiente). La comparaison faisait ressortir des différences sur le sex-ratio, l'âge, le diagnostic, le niveau scolaire, les antécédents d'hospitalisation complète ou d'hôpital de jour, et l'activité à l'entrée.

Dans son étude, F. LOUBIERE retrouvait qu'en termes socio-démographiques, le *groupe de prises en charge courte* était majoritairement **féminin**, globalement **plus âgé** et de **meilleur niveau scolaire**. En termes d'antécédents institutionnels, ce sous-groupe était marqué par le faible nombre d'adolescents ayant séjourné dans des circuits institutionnels de l'enfance (éducation spéciale, HDJ), en revanche plus de 50% d'entre eux avaient un antécédent d'**hospitalisation** psychiatrique dans l'année précédant l'entrée. En termes d'activité à l'entrée, ce sous-groupe était caractérisé essentiellement par l'**inactivité** et la **quasi-absence d'inscription institutionnelle**.

F. LOUBIERE retrouvait également dans le *sous-groupe des prises en charge supérieures à 1 an* le caractère **plus « lourd »** des problématiques présentées. Dans son étude, ces jeunes entrent **plus tôt** à l'hôpital de jour, avec un **niveau scolaire** globalement **plus faible**, et dans la moitié des cas dans la **suite d'une prise en charge institutionnelle** le plus souvent ancienne.

Nos résultats se rapprochent donc de ceux de F. LOUBIERE. L'auteur conclue son article par l'idée que « *la reconstitution de trajectoires complètes, incluant donc notre prise en charge et le devenir après la sortie, paraît indispensable à l'évaluation de notre action* » (40).

2. Comment évaluer la réussite ou non d'une prise en charge en hôpital de jour ?

Peu d'études se penchent sur l'évaluation des soins pour adolescents en hôpital de jour. Hormis l'étude française de F. LOUBIERE datant de 1995 citée précédemment, on retrouve quelques études américaines.

LEONE et coll. (38) ont essayé d'identifier les éléments qui permettent de prédire l'issue d'une prise en charge en hôpital de jour et compare cette modalité de soins à une prise en charge ambulatoire. Leurs résultats montrent des bénéfices supplémentaires de l'hospitalisation de jour et indiquent une corrélation entre un bon taux de présence en hôpital de jour et une amélioration clinique plus importante lors de l'évaluation en fin de prise en charge. LEONE et coll. ont montré que le **meilleur indicateur pronostic du succès** d'une hospitalisation de jour est le **taux de présence**. Le taux de présence moyen dans l'étude de Leone et coll. est de 69%, niveau retenu comme élevé compte-tenu des difficultés de fonctionnement et du niveau de perturbation des jeunes accueillis (cela signifie que les jeunes sont approximativement présents 3 jours sur 4 sur une durée d'admission moyenne de 54 jours). L'autre indicateur est le **taux de poursuite ou reprise de la scolarité ou d'une formation professionnelle** ou d'une activité professionnelle à la fin de la prise en charge.

ORCHARD et MAC LEOD (47) relèvent deux indicateurs pronostiques de l'efficacité de la prise en charge décrits dans différentes études : le **taux de présence**, le **taux de poursuite ou reprise de la scolarité**, d'une formation ou d'une activité professionnelle, ainsi que la **sortie d'hospitalisation complète** et retour dans la famille ou lieu de vie habituel.

Si l'on suit le point de vue de ces auteurs, il ne serait pas nécessaire de poursuivre la prise en charge si le taux d'absentéisme est élevé, la prise en charge étant vouée à l'échec. Dans cette perspective-là, il est nécessaire de réfléchir à ce qu'on peut proposer aux jeunes et aux familles si on interrompt les soins sur ce critère : vers quelles autres modalités de prise en charge se tourner ? La question de l'intérêt de poursuivre les soins malgré un taux d'absentéisme élevé est à discuter. En effet de nombreux auteurs ne partagent pas le point de vue précédemment cité et défendent l'idée de résister et maintenir les soins malgré les à-coups de la prise en charge.

3. Pourquoi maintenir la prise en charge malgré un taux d'absentéisme élevé ?

Pour de nombreux auteurs, notamment P. JEAMMET, M. CORCOS (31), il apparaît essentiel à l'adolescence, et d'autant plus pour les jeunes présentant des carences narcissiques, de garantir la continuité, éviter les ruptures, les mouvements de bascule entre investissement/désinvestissements trop massifs faisant courir le risque d'indifférenciation et de développement de relations d'emprise. Il s'agit de travailler contre la rupture, vers l'amont et l'anamnèse de l'adolescent, vers l'aval et la trajectoire thérapeutique potentielle. La rencontre avec la psychiatrie suscite un ensemble d'attentes et de craintes qui constituent à la fois un moteur et un obstacle. Leurs modalités d'investissements peuvent être susceptibles de

donner lieu à des refus ou des ruptures de la relation et donc du traitement. La question du maniement et de la maîtrise de la distance est essentielle, pour permettre de créer des liens psychiques supportables. Une certaine forme de contrat, par exemple fixant un temps d'évaluation préétabli, peut le protéger de la menace liée à la reconnaissance de cette dépendance et garantir la continuité du projet. Il faut accepter les transgressions qui font intrinsèquement parties du soin à l'adolescence (et les métaboliser peut-être dans la dynamique du soin), ne pas questionner les scissions, ni au départ, ni au retour, peut-être faut-il représenter une certaine invariabilité.

Certains patients nous mettent en difficulté sans jamais pouvoir inscrire ni déplier leurs mouvements, alors que les soins en hôpital de jour ou en tous cas ce type de traitement institutionnel apparaissent nécessaires, si l'on veut avoir une chance d'aider à des transformations permettant un abord plus directement psychothérapique. Ces patients attaquent et détruisent, mettent à mal les espaces de rencontre sans pouvoir s'en emparer, usant notre résistance et faisant travailler l'espace institutionnel tout entier, transversalement, sans donner prise apparente à aucun mouvement d'investissement car il y aurait trop de risque encourus. Ces patients difficiles ont des blessures narcissiques profondes et des postures omnipotentes explosant la relation, résistant à tout sentiment de confiance et de durée. La plupart des hôpitaux de jour pour adolescents fonctionnent sur le même mode, à l'exemple du Centre Etienne Marcel, décrit par B. ANG et Y. MANELA (4) dans l'article « *Le travail sur les liens et l'ouverture psychothérapique dans un hôpital de jour pour adolescents* ». Certains jeunes finissent par s'absenter beaucoup, mais sont gardés inscrits malgré tout. Il semble important aux équipes de préserver à tout prix les liens dans certaines situations, de penser le jeune présent malgré cette rupture. Ces jeunes, à la foi hors cadre, souvent en décalage, ne sont jamais vraiment au temps qui est le leur comme pour ne pas être enfermé ni répondre à une contrainte qui aurait valeur de soumission. Souvent les équipes leur rappellent leur transgression tout en la tolérant. La volonté est de tenir un cap d'accueil, alors que le jeune défait sans arrêt pour savoir si ça résiste tout en se déprenant dès que ça fonctionne. Le soin en hôpital de jour pour adolescent devient alors un travail de longue haleine sur le lien.

Dans notre étude, l'importance du lien aux soignants, en particulier au référent, est la réponse qui ressort le plus alors qu'on interroge ces jeunes adultes sur le regard porté à distance sur la prise en charge, confirmant bien tout l'intérêt de ce type de prise en charge pour permettre aux adolescents de vivre l'expérience de liens stables, sécurisants, sans pour autant une proximité trop intolérable. Il s'agit du commentaire revenant le plus fréquemment et ce dans les deux groupes. Ce qui témoigne de l'intérêt de maintenir ce lien malgré les aléas de la prise en charge ou de s'assurer que d'autres le fassent (structures sociales ou éducatives).

S'il est fréquent d'avoir l'impression de traiter insuffisamment, faute d'adhésion au projet, il convient a contrario d'être attentif à ne pas « envahir » l'existence de l'enfant (et éventuellement de sa famille) par les soins psychiques. Il semble important de veiller à ménager aussi des discontinuités, des pauses. Il s'agit de respecter la temporalité psychique, d'éviter le forcing thérapeutique, mais en limitant les éventuels effondrements en cas de

suspension des soins ou d'engluement. Il faut éviter toute escalade symétrique, face à la résistance supposée ou avérée de l'adolescent et de ses proches.

La continuité des soins est d'autant plus essentielle que la menace de rupture s'exprime tout autant dans le monde intrapsychique de l'adolescent que dans sa réalité externe. Il s'agit alors de ne pas renforcer de façon iatrogène ces risques de rupture. Les risques majeurs de passages à l'acte et donc de ruptures de soins ne sont souvent que la conséquence de ces échecs partiels ou plus globaux mais aussi **peuvent être liés au fait de ne pas les avoir suffisamment pris en compte, ni d'avoir pris le temps de mettre en place un cadre thérapeutique toujours difficile à constituer et maintenir face aux problèmes.** Accepter du côté des équipes soignantes elles-mêmes les échecs partiels, les ruptures momentanées des liens et les passages à l'acte sans pour autant mettre en péril la continuité des soins constitue une position thérapeutique fondamentale. Face aux échecs partiels de la transformation des liens, la continuité des soins s'avère nécessaire en raison du temps indispensable pour que ces échecs partiels soient pris en compte, diagnostiqués, élaborés et dépassés, en particulier dans le monde interne du sujet. Que ce soient les menaces d'arrêt de traitement ou parfois même des arrêts agis de la part de l'adolescent.

L'interruption de la prise en charge se fait parfois brutalement, sans élaboration possible. Le jeu entre les intervenants n'est pas toujours équilibré, il engage chacun dans une mosaïque de réponses qui ne prennent souvent sens qu'après coup. Le meneur de jeu est souvent l'adolescent, provoquant clivage et oppositions, dans l'ici et maintenant. Un travail de désengluement de la réalité matérielle pour une réalité psychique est nécessaire. Il s'agit le plus souvent d'endurer, sans trop se sentir blessé, de façon à poursuivre son travail sans se laisser déborder par les mouvements négatifs.

On parle souvent d'adolescents « difficiles », ceux qui en tous cas mettent les institutions en difficulté, dont les troubles psychiques s'inscrivent dans un contexte existentiel et comportemental caractérisé par une insertion sociale précaire, la propension aux passages à l'acte, le recours aux toxiques... Ces jeunes instables que chacun se renvoie et qui posent la question de faire travailler ensemble et non pas successivement les institutions : ASE, PJJ, Justice, Psychiatrie... Il y a sans doute plus à attendre des fruits du partenariat et du travail interinstitutionnel.

C. PERSPECTIVES : PISTES DE REFLEXIONS ET D' ACTIONS INSPIREES PAR LES RESULTATS DE L'ETUDE

a. Sur le plan de la pratique clinique :

Comment les jeunes perçoivent-ils la mise en place de soins en hôpital de jour « psychiatrique » ?

Comment les jeunes accueillent une indication de prise en charge en hôpital de jour ? Quelle est l'influence sur leur construction de la stigmatisation possible (interne et externe) par « l'étiquette psychiatrique », dont il est tellement difficile de se défaire ? Car si certains semblent l'assumer et peuvent en faire état, voire le crier haut et fort pour faire réagir, provoquer l'entourage, d'autres en ont honte, et font tout pour le masquer, se conformer à la « normalité », plus importante que tout à l'adolescence. Pour les jeunes pris en charge dans des établissements spécialisés ou relevant d'une prise en charge depuis l'enfance, cela ne pose souvent pas problème, mais cela est beaucoup plus compliqué pour les jeunes relevant d'une scolarité ordinaire déjà fragile, avec un relationnel souvent précaire. Comment alors intégrer l'hôpital de jour à leur emploi du temps sans définitivement les couper des élèves « normaux » ? Quelle image leur renvoie cette prise en charge qui accentue encore leur différence, alors que tout adolescent vise la norme, être comme tout le monde, s'apparenter au groupe ? Comment faire pour que cette prise en charge au caractère stigmatisant leur permette peu à peu de se construire, se reconstruire, se renforcer narcissiquement ? Cela passe par le regard positif du soignant sur le jeune, la nécessité de proposer des activités valorisantes, renforçant la confiance en soi, le sentiment d'efficacité personnelle, adaptées à l'adolescent et suffisamment souples et malléables pour s'adapter à lui sans déroger au cadre stable et sécurisant.

De même, l'instauration d'une prise en charge en hôpital de jour a des conséquences nettes sur l'environnement du jeune.

Du côté des familles, parfois un soulagement qui permet d'alléger le climat relationnel. Parfois, au contraire, le regard des parents sur leur enfant peut être bouleversé, cette modalité de prise en charge pouvant être à l'origine d'une prise de conscience de la gravité des troubles pour des familles jusqu'alors dans le déni.

Du côté des institutions, parfois rassurées par cette prise en charge spécifique, elles peuvent avoir tendance à « lâcher » le jeune, d'autres, inquiètes par ce qu'ils perçoivent comme une « reconnaissance » de la gravité des troubles (que souvent ils attendaient depuis longtemps) peuvent adopter une position rejetante, notamment les établissements scolaires ou les familles d'accueil...

Deux populations, deux problématiques différentes :

Le critère de l'inscription dans les soins fait ressortir deux populations différentes, avec des enjeux de prise en charge différents. Nous recevons une population assez fortement polarisée :

1°) Pathologies d'allure critique venant marquer une rupture :

La trajectoire jusque-là en apparence ordinaire se voit interrompue par l'éclosion ou la décompensation d'une pathologie psychiatrique aigue amenant l'hospitalisation (décompensation d'un trouble de personnalité, troubles des conduites, ...), et par l'épuisement des insertions sociales, en particulier scolaire. Cette population se caractérise par des pathologies d'allure plus critiques et l'absence d'antécédents institutionnels autres que l'hospitalisation qui initie le parcours de soins. Il s'agit davantage de « **trajectoires brisées** », selon l'expression de M. BUNGNER (8). Ces jeunes, dont la **pathologie est apparue ou a été reconnue tardivement**, ont suivi une scolarité ordinaire, interrompue plus ou moins tôt par la maladie qui a produit chez eux une rupture dans la trajectoire scolaire ou professionnelle. La problématique de prise en charge révélée par cette étude à partir de cette sous-population se retrouve au niveau des **difficultés d'inscription aux soins**.

La maladie devient une identité nouvelle, reste à savoir s'il s'agit d'une identité d'emprunt ou les prémices de l'identité adulte.

L'évolution se fait davantage vers l'**instabilité** ou la **stabilité sans soin**, plus rarement vers la stabilité avec soins. Une partie des jeunes et de leurs familles sont dans un déni des troubles avec des stratégies d'évitement du recours aux soins mais aussi au circuit du handicap (via la MDPH), avec l'idée d'un retour à la normalité après ce qui est vécu comme la parenthèse de la maladie. Ce qui est vrai pour une partie de ces jeunes, mais pas pour la totalité. Que la vie reprenne son cours normal, d'avant les troubles est le leitmotiv de ces adolescents et de ces familles, ceux qui évoluent vers la stabilité sans soin y parviendront. Cependant, pour d'autres, la manifestation des troubles peut perturber durablement la reprise de la formation ou l'accès à l'emploi. La maladie est alors redéfinie dans sa gravité et son irréversibilité. Ceux qui évoluent vers l'instabilité continuent de la dénier. La minorité qui évolue vers la stabilité avec soins certains pourront accepter les soins et le recours aux prestations compensatrices associées au statut de personne handicapé. Cela opère alors un changement identitaire, et construit un « soi malade ». L'accord sur le sens à donner aux difficultés à devenir adulte est un processus long, parfois conflictuel et qui ne s'effectue pas au même rythme chez l'ensemble des membres de la famille, en témoigne le faible taux d'évolution vers la stabilité avec soins dans ce groupe.

2°) Pathologies dont la prise en charge s'inscrit dans la continuité (ancienne ou future):

Ces adolescents présentent une **problématique plus ancienne ou « lourde »**. Il s'agit de jeunes dont le suivi pédopsychiatrique a débuté dans l'enfance (continu ou discontinu), parfois « institutionnalisés » tôt, en ITEP, en IME, puis en IMPro, avec des niveaux scolaires faibles, qui entament des « **carrières morales de malade** » au sens de E. GOFFMAN (26). La problématique de prise en charge de cette sous-population révélée par cette étude se retrouve plutôt au moment du **relai avec les services adultes**, réactivant le travail de séparation.

Ces jeunes évoluent majoritairement vers la **stabilité avec soins**, voire vers la stabilité sans soin. Pour ceux qui sortent des dispositifs du handicap voire du soin, l'insertion dans le milieu ordinaire représente une véritable bifurcation biographique et un enjeu identitaire fort. Il s'agit de passer d'une période de la vie où la maladie était au centre de la vie à une maîtrise des conséquences de la maladie : elle doit devenir secondaire, un élément parasite à gérer pour intégrer la normalité.

Ces deux problématiques semblent difficiles à traiter dans un même dispositif de soins, les ruptures prématurées et le taux d'absentéisme pourraient en témoigner. Nous devons répondre à des impératifs de prise en charge contradictoires, au niveau de l'intensité des soins et d'articulation à l'extérieur, pour s'adapter à ces deux sous-populations. Il est également nécessaire de tenir compte des différentes phases évolutives de la maladie chez un même individu, allant du déni à la prise de conscience active des troubles.

Le fonctionnement actuel de l'hôpital de jour est donc à repenser pour pouvoir accueillir au mieux ces deux populations afin qu'elles trouvent chacune leur place.

1. Pistes d'actions pour améliorer l'adhésion à l'hôpital de jour de la population qui ne parvient pas à s'inscrire dans les soins proposés

L'enjeu principal est d'améliorer **l'alliance thérapeutique, de favoriser l'investissement des soins par le jeune** car toute tentative de contrainte est à exclure dans ce cadre de soin ouvert, à cette période de la vie.

La recherche d'alliance :

L'établissement de l'alliance passe par des préalables et notamment l'information du patient, sur les possibilités thérapeutiques, sur la notion de parcours de soins progressif, par étapes. Anticiper la durée prévisible des soins est indispensable, par exemple en demandant très concrètement au patient combien de temps il se donne et nous donne pour arriver à un changement significatif de son fonctionnement problématique. Dans la même perspective, la définition d'objectifs thérapeutiques ne se limitant pas à la disparition de la conduite problématique est déterminante en termes d'alliance. En effet, certains patients pourraient assimiler la durée de prise en charge à la disparition de tel ou tel symptôme qui ne témoignerait pas, pour le médecin, d'une réelle amélioration des troubles.

Vers un contrat de soin personnalisé et évolutif :

Il n'existe pas de parcours thérapeutique type, les possibilités et attentes du patient, de son entourage proche, comme les disponibilités de l'équipe soignante, doivent contribuer à l'élaboration progressive d'un contrat de soin, personnalisé et évolutif.

Il est nécessaire de travailler sur deux axes :

- Rendre le soin **plus contenant**, c'est-à-dire venant "parer" au défaut de contenance interne des patients ;
- Accorder **plus de souplesse** au dispositif de soins, afin que le cadre de soin ne soit pas vécu comme trop rigide, ou stigmatisant et donc rejeté par les patients.

➤ **Vers plus de contenance :**

Le contrat thérapeutique, sous quelles modalités ? :

Certains types de structures fonctionnent avec un **contrat thérapeutique**, formalisé par **écrit**. A l'admission, un contrat thérapeutique est réalisé entre les partenaires : le patient, le médecin et le référent. Le patient est invité à y énumérer explicitement et de façon détaillée, ses objectifs personnels d'hospitalisation : qu'est-ce que l'équipe attend du jeune ? Qu'est-ce que le jeune attend de l'équipe ? Une fois rédigé, ce document est cosigné par les trois parties. Chaque semaine, un programme personnel est établi par le patient avec ou sans l'aide de son médecin et/ou référent, en fonction des objectifs thérapeutiques qu'il poursuit personnellement. Ce contrat devient un véritable "levier thérapeutique", permettant de rappeler le cadre dans sa fonction limitante et rassurante, permettant de se projeter, en sachant ce qui va arriver.

Mieux définir les limites temporelles :

Dès son ouverture, l'hôpital de jour pour adolescents du CHAI a fonctionné avec une période préalable dite « **d'urgence** » faisant suite immédiatement à l'admission, considérée comme un temps d'accueil d'une durée définie de **6 à 8 semaines**, dans l'idée de permettre au jeune de s'approprier les soins en hôpital de jour. C'est effectivement de la qualité de cette période que dépendra la suite de l'hôpital de jour, aussi une attention particulière y est consacrée. Ce temps de plusieurs semaines vise à préciser les symptômes de l'adolescent et à les considérer dans leur contexte. Chaque membre de l'équipe de soins, dans sa spécificité, tente d'aider l'adolescent à articuler sa demande de soin, à définir ce qu'il attend de sa prise en charge et à organiser avec qui et comment il va travailler sur ses difficultés et ses compétences. L'idée de cette période d'urgence doit être maintenue et mise à l'œuvre sous une forme davantage contractualisée.

Lorsque l'admission est entérinée, éventuellement avec l'établissement d'un contrat, la question de la durée du séjour doit y être alors systématiquement abordée même s'il est rarissime qu'une date de départ soit articulée à ce moment-là. La durée approximative du séjour est présentée comme le temps nécessaire à l'élaboration par le jeune d'un projet solide et cohérent pour son avenir. Il s'agit d'introduire des bornes temporelles au sein du cadre, ce qui contribue à le rendre plus contenant et plus structurant. L'évocation d'une fin favorise la plupart du temps l'alliance avec le jeune et sa famille très insécurisés par un cadre atemporel faisant craindre une chronicisation.

La durée du séjour ne doit pas non plus dépendre uniquement de l'atteinte de l'objectif par le jeune car ce dernier pourrait montrer une tendance à saboter tout projet pour retarder son départ du centre lorsqu'il y a trouvé des repères sécurisants. Des délais doivent progressivement être articulés lorsqu'un projet se concrétise.

La délimitation dans le temps de la prise en charge oblige les thérapeutes et tous les membres de l'équipe soignante à faire le deuil d'un traitement complet et à laisser tomber leurs fantasmes de perfection et de guérison. Elle permet en revanche d'éviter certains agirs contre-transférentiels au sein d'une équipe qui, en l'absence de terme déterminé à l'avance, risquerait de mettre fin à une prise en charge sur le coup d'un découragement.

La limitation de la durée du séjour devient donc un outil de travail précieux à condition d'être manipulé avec précaution et à bon escient.

➤ **Vers plus de souplesse et moins de stigmatisation des soins:**

Aménagement de la réponse thérapeutique pour la rendre acceptable:

P. JEAMMET et M. CORCOS (31) s'interrogent sur ce qui est susceptible d'induire des changements chez ces patients : *« C'est de permettre l'établissement progressif d'une continuité relationnelle suffisamment tolérable et sécurisante pour pouvoir en miroir restaurer une trame narcissique stabilisante, autorisant une progressive ouverture vers la différence et la conflictualité. »* et développent diverses réponses thérapeutiques pour le mettre en œuvre :

- Offrir à l'adolescent des **espaces relationnels suffisamment neutres**. Cela passe par la **diversité du cadre thérapeutique**, facilitant une diffusion des investissements : diversité des soignants à l'intérieur des équipes ; diversité entre les lieux institutionnels ; diversité entre les différentes modalités d'approches. Cette diversité tire sa cohérence d'une figure médiatrice, responsable de la cohésion et de la continuité du traitement. *« Il s'agira d'offrir à l'adolescent une zone transitionnelle, dans le sens donné à ce terme par Winnicott, un espace de rencontre où peut se développer une aire d'échanges et de plaisirs partagés ».*

- Etablir un **« réseau relationnel suffisamment dense pour créer une mobilisation, une dynamique et éviter l'abandon ou la confrontation brutale du patient à la violence de ses besoins, mais suffisamment souple et ouvert pour que des choix et des refus soient possibles et qu'une créativité puisse naître »**. Réseau relationnel à tisser tout autant à l'intérieur de l'hôpital de jour au travers des différents intervenants et de la spécificité propre à leur fonction (infirmier, psychomotricien, art-thérapeute, ...) que tourné vers l'extérieur (services socio-éducatifs et judiciaires, établissement scolaire). Il est indispensable d'inscrire d'emblée les différents intervenants extérieurs dans la prise en charge, en leur demandant éventuellement de s'investir dans le contrat de soin qui deviendrait quadripartite, tout en prévoyant d'entrée le rythme des synthèses avec un engagement actif des partenaires.

Accorder plus de souplesse au dispositif de soin :

Sans doute faut-il réfléchir à accorder encore plus de souplesse au dispositif afin d'espérer accrocher d'avantage les jeunes aux pathologies moins lourdes et naïfs de prises en charge institutionnelles. Certains auteurs comme F. LOUBIERE (40) concluent plutôt à la nécessité de dispositifs de type CATTP, estimant cette structure mieux adaptée pour une population présentant une problématique de rupture et dont l'enjeu est l'inscription aux soins. Il nous semble qu'un **dispositif d'hôpital de jour fonctionnant sur des modalités de type CATTP au niveau des temps de prise en charge** (une à plusieurs demi-journées incluant les repas ou journées) pourrait être tout aussi adapté tout en permettant d'offrir une continuité des soins qui nous paraît indispensable. En effet, nombreux sont les jeunes qui, même s'ils ne s'inscrivent pas dans la prise en charge telle qu'elle est proposée, sont de passage à l'hôpital de jour, viennent transiter, se manifester lorsqu'on ne les attend pas. Il est donc important de disposer d'un lieu géographique, d'une structure d'accueil ouverte tous les jours de 9h à 16h, ouverte à ces adolescents qui passent de façon imprévisible, ce passage ayant toujours un sens même s'il n'est pas clairement établi. C'est souvent dans cet entre-deux que se dénouent des enjeux, que la richesse relationnelle se déploie et laisse trace chez chacun. Il est donc essentiel de réfléchir d'avantage aux moyens qu'on pourrait mettre en œuvre pour se rendre disponible quand le jeune est disponible psychiquement et manifeste à sa façon une demande, que ce soit au travers d'un soignant toujours disponible pour cet accueil informel, mais aussi l'organisation de visites à domicile quand l'adolescent est absent...

Peut-être aussi est-il intéressant de réfléchir à **assouplir** également le **signifiant « hôpital de jour »** sans pour autant amoindrir sa fonction et son contenu. Le terme « hôpital » est inquiétant, stigmatisant et renvoie à la maladie, voire à la mort, connote la prise en charge proposée quelle que soit la qualité des médiations proposées et leur intérêt pour les jeunes. Sans dénaturer les soins, il est important de rendre le soin acceptable, à un âge où la singularité est recherchée mais la différence à la norme si cruellement vécue et attaquée. Certains lieux de soins ont perdus depuis longtemps le signifiant « hôpital », et ont inventé d'autres nominations, centre de jour, centre de médiation, « Centre d'Accueil et de Soins pour Adolescents », ... Ce changement de signifiant pourrait contribuer à faciliter l'alliance, en mettant un peu à distance la notion de soins, sans pour autant le dénaturer, à l'image de la création des « Maisons Des Adolescents », où le signifiant « maison » vient apporter une idée d'ouverture, de disponibilité, d'accueil, de sécurité... et met à distance la notion de soins . Même s'il est évident que ce changement de signifiant ne fera pas disparaître l'étiquette psychiatrique ni une possible stigmatisation, et notamment celle induite par le contact avec des patients plus lourds.

Il est donc fondamental de **penser l'hôpital de jour comme un lieu de socialisation** donnant à ceux qui y sont admis un statut social particulier, et proposant un projet concret, parlé comme un projet de soins mais s'appuyant sur des **médiations socialement acceptables** et propres au monde de l'adolescence. Il est nécessaire de faire en sorte que l'appartenance à l'hôpital de jour devienne une identité positive, une identité que les jeunes patients se construisent progressivement et qui les portent, les renarcissent. Une **appartenance**

étayante, une identité commune forgée sur des liens de groupe, où la maladie et la psychiatrie sont présentes mais voilées, non exposées au premier regard. Un peu à distance de la maladie, sans l'étiquette psychiatrique et la stigmatisation qui s'y rattache. Une appartenance qui ne soit pas uniquement du côté du soin mais d'avantage du groupe, sans diminuer la dimension soignante mais en la rendant acceptable pour les jeunes patients.

Se pose la question des médiations : **quelles médiations pour une pathologie et une problématique donnée ?** La qualité des médiations offertes, et en particulier leur **acceptabilité** par l'adolescent et sa famille, est un facteur primordial de l'inscription aux soins. Le maintien des inscriptions sociales antérieures (en particulier l'insertion scolaire) est aussi essentiel. Il faut s'efforcer à mettre à disposition de l'adolescent les éléments dont il accepte de tirer parti et réduire les composantes dont il veut s'affranchir.

Cela passe aussi par la question de la composition des groupes d'adolescents accueillis en même temps, et d'essayer de préserver une certaine **homogénéité dans l'âge et le type de problématique des patients** éventuellement via la définition de différents groupes de prise en charge ou selon les jours et les activités. Ce qui permet à l'adolescent de s'y définir plus facilement par rapport à ses pairs, de les aider et d'être aidé par eux.

L'autre possibilité est de développer deux structures d'accueil distinctes, ce qui a déjà été mis en œuvre dans certains services. Pax exemple à Poitiers où deux structures d'hôpitaux de jour indépendantes ont été créées : un hôpital de jour traditionnel, « Mosaïque » qui prend en charge les adolescents présentant des pathologies évoluant depuis l'enfance de type TED et psychose infantile, en relai de structures d'hôpital de jour de l'enfance, et un hôpital de jour de crise, le « Centre de Soins pour Adolescents » destiné aux adolescents dont la pathologie émerge à l'adolescence avec un objectif de réinsertion et qui fonctionne davantage comme un CATTP avec de multiples groupes thérapeutiques. La population prise en charge sur ce service ne semble cependant pas superposable à la nôtre puisque notre population ne comporte qu'un patient TED, et que même si le taux de psychose infantile est élevé, seulement 20% sont dans un parcours déjà marqué par la chronicité avec une réelle continuité des soins et seulement 12% ont déjà été suivis en hôpital de jour petite enfance ou enfance ou unité du soir. Il semble difficile d'imaginer une structure propre pour une population aussi réduite.

Engager au maximum le jeune dans les soins :

Il est nécessaire de rendre l'adolescent acteur de la prise en charge, de le responsabiliser et l'impliquer dans les soins. Donner à l'adolescent la possibilité d'avoir un rôle actif, ce qui se joue notamment dans la confiance de l'équipe dans les ressources du sujet, comme dans sa fermeté sur le maintien des limites et des différences, autorisant du même coup un réinvestissement par le patient de sa confiance en lui et en l'autre.

Au-delà de son implication à travers le **contrat** et dans la définition de ses **objectifs propres**, évoqués précédemment, il est possible de réfléchir à d'autres modalités pour impliquer d'avantage l'adolescent dans ses soins. Une des réponses qui ressort à plusieurs reprises alors

qu'on interroge ces jeunes adultes sur le regard qu'ils portent à distance sur l'hôpital de jour, c'est l'**incompréhension du sens du soin**. On peut facilement percevoir la difficulté à convaincre un adolescent de s'investir dans une prise en charge dont il ne comprend pas le sens. Il est donc nécessaire de réfléchir à mettre en place, en quelque sorte, une « **psychoéducation** » du **soin institutionnel** auprès des jeunes. Cette psychoéducation pourrait s'appuyer sur une réunion spécifique mensuelle sur le mode bien connu des réunions dites soignants/soignés avec une vocation **motivationale** et psychoéducative. Cette réunion serait basée sur un échange autour de la question du sens de l'hôpital de jour : que représente l'hôpital de jour pour eux ? A quoi ça peut servir ? Qu'en attendent-ils ? L'idée serait de favoriser les échanges entre jeunes autour de la construction de leur hôpital de jour idéal et d'**amplifier le sentiment d'appartenance** au fil de ces débats. Et de leur faire percevoir les différents sens de ce soin institutionnel, par des débats et explications, éventuellement basés sur les commentaires sur la prise en charge récupérés au cours de l'étude : « remise en mouvement, reprendre un rythme », « reprendre progressivement une scolarité », « se créer de nouveaux liens avec d'autres jeunes », « se sentir moins isolé face à ses difficultés », « reprendre confiance en soi », « redécouvrir des plaisirs simples lors des activités », « construire petit à petit SON projet », ... Cette réunion pourrait aussi être un temps destiné aux discussions autres sur des thèmes concernant le groupe ou sur des points plus pratiques, échanges qui pourraient s'appuyer sur une boîte à idée. Cette réunion pourrait même s'associer à de la psychoéducation plus classique, sur le traitement psychotropes et les règles d'hygiène de vie. Pour les modalités d'organisation, cette réunion pourrait avoir lieu une fois par mois, sur tous les jours de la semaine entre midi et deux pour réunir les jeunes de chaque demi-journée ou journée.

Anticiper le travail en réseau :

Il est nécessaire d'engager des collaborations plus précises avec les circuits institutionnels socio-éducatifs, judiciaires pour ceux que l'on ne parvient pas à inscrire dans le dispositif de soins tel qu'il est proposé. En effet, en pensant d'emblée la continuité de l'accueil et du soin, on évite les ruptures de prise en charge dues aux limites administratives et autres manques de places en sortie, et surtout, on peut travailler des liens entre lieux de soins et lieux de vie. Dans cette finalité, le Réseau Adolescent Isère (RAI) a été créé en 2007 afin de mieux coordonner les prises en charge entre les différents professionnels et assurer cette continuité.

Fin de la prise en charge marquée par la rupture :

L'arrêt de la prise en charge par refus du jeune de poursuivre la prise en charge est un motif de sortie très fréquent y compris parmi les évolutions favorables vers la stabilité sans soin.

C'est le processus d'individuation/autonomisation de l'adolescence qui semble se rejouer à travers les soins et s'achever pour certains au moment de la fin de la prise en charge, via cette prise de distance :

- 1°) Pour les pathologies d'allure critiques : il s'agit d'avantage d'une **rupture brutale**, un rejet des soins, une prise de distance, processus qui peut sembler assez similaire à

ce qui peut se jouer au cours du processus d'individuation/autonomisation propre à l'adolescence. On observe dans certains cas une construction dans le rejet des soins qui leur permet parfois de s'appuyer sur des ressources insoupçonnées.

Ce rejet de la prise en charge et des soins, est parfois plus global, comprenant aussi les services sociaux qui sont impliqués de façon contrainte à la minorité mais sur demande à la majorité. Il semble permettre à certains une prise en mains, une prise d'autonomie, une construction en opposition, comme une remise en scène de la « crise d'adolescence » comme elle aurait dû se jouer mais face à un environnement stable et sécurisant, permettant une évolution favorable de cette période de transition.

Le réflexe soignant face à une difficulté d'inscription dans les soins ou une rupture brutale de la prise en charge est souvent de vouloir relancer les soins pour au moins favoriser un minimum de continuité, permettre une élaboration de ce qui s'est joué sans que rien n'ait pu être dit.

L'analyse des données selon l'**axe du devenir** permet de repérer des facteurs corrélés à chacune des évolutions (instabilité, stabilité avec soins, stabilité sans soin) qui seront utiles pour orienter la conduite à tenir quand la prise en charge semble compromise par un refus du jeune de poursuivre les soins en hôpital de jour.

- Certains jeunes ne semblent finalement pas relever d'une prise en charge en hôpital de jour, la simple indication posée permettant au jeune, dans le rejet des soins, de s'appuyer sur des ressources insoupçonnées.
- Pour d'autres jeunes, le rejet des soins fait partie intégrante de la prise en charge et du travail d'individuation/autonomisation relancé par les soins. Cette rupture, même si brutale, semble parfois marquer le besoin de rompre avec les soins pour démontrer et prouver à soi-même et aux autres son indépendance à ces soins, et n'est pas toujours de mauvaise augure.

Les résultats de l'étude permettent d'orienter plus clairement le comportement que doit adopter l'équipe de soins face à cette rupture :

- Soit pour certains jeunes l'accepter comme partie prenante de ce soin venant signifier qu'il n'est plus nécessaire,
- Soit pour d'autres, y voir l'annonce d'une succession de ruptures et d'instabilité, et à défaut de pouvoir réenclencher les soins, s'assurer de passer la main à d'autres.

Pour savoir vers quelle attitude s'orienter, il est utile de se pencher sur les facteurs corrélés à l'évolution vers l'instabilité ou la stabilité sans soin :

- Soit les facteurs corrélés à une évolution vers l'instabilité sont majoritaires, il faut alors essayer de réinscrire le suivi et activer le réseau pour préserver un lien, quel qu'en soit la nature ;

- Soit les facteurs corrélés à l'évolution vers la stabilité sont majoritaires, le jeune est scolarisé ou en cours de formation, avec un bon niveau scolaire, il faut alors laisser la prise en charge nous échapper et le jeune prendre la main. Et lui faire confiance.
- 2°) Pour les jeunes inscrits dans les soins, dont les troubles sont plus lourds et s'annoncent dans la chronicité: la fin de l'hôpital de jour est une transition vers d'autres lieux de soin. Cette étape s'inscrit dans une continuité, plus ou moins bien anticipée, c'est souvent l'équipe soignante qui met fin à l'hôpital de jour, la sortie est préparée, le relai mis en place avec plus ou moins de réussite, la date est fixée à l'avance, souvent un « pot de départ » est réalisé pour formaliser cette étape.

2. Pistes d'actions pour la population dont la pathologie s'inscrit dans la continuité et qui a investi les soins en hôpital de jour :

L'enjeu primordial de la prise en charge est d'assurer la continuité des soins au-delà de l'hôpital de jour. Les résultats de l'étude nous obligent à nous pencher sur la question des modalités du relai avec les services adultes : ***comment améliorer le relai de prise en charge entre services adolescents et adultes ?***

Il s'agit d'une étape cruciale dans le parcours de soin et le maintien d'une bonne observance aux soins. Cette étape se joue sur le passage d'une prise en charge contenante, très étayée, de jeunes aux pathologies relativement similaires dans leur présentation apparente, à une prise en charge vécue comme plus « lâche », les indexant à une population dont le contact est parfois vécu comme effrayant, renvoyant une image de soi-même très dévalorisée. Il est essentiel de structurer au mieux ce relai, tout en reconnaissant la nécessité de passer la main.

L'articulation psychiatrie infanto-juvénile /psychiatrie générale est à travailler : bien souvent les services adultes ne sont sollicités qu'au moment ultime du relai, alors qu'un travail de préparation permettrait dans certains cas d'améliorer les conditions du passage et d'éviter le recours à une hospitalisations complètes, fréquentes à cette période. L'établissement de projets communs autour de l'adolescence et la post-adolescence est essentiel.

Fin de prise en charge et relai avec les structures adultes : quelles modalités ?

Pour construire ce relai pour les patients dont la prise en charge psychiatrique se révèle indispensable, il apparaît nécessaire de:

- Définir le plus tôt possible la date limite pour ce relai, en informer le patient et s'y tenir. Eviter toute incertitude, tout flottement.
- Prendre conscience et tenir compte des résistances possible des services adultes (souvent surchargés) tout autant que celles au sein de l'équipe de l'hôpital de jour adolescent, essayer de reconnaître la position des différents intervenants, échanger en équipe autour des positions et du ressenti de chacun.

- Définir avant le début de la prise en charge un infirmier référent sur le CMP adulte ou l'hôpital de jour et éventuellement sur l'unité d'hospitalisation dont il dépend, et organiser une rencontre en présence de membres de l'équipe du service adolescent voire directement sur l'hôpital de jour si possible, pour que ce référent-lien/liant découvre le cadre de soin actuel avant que ce dernier ne lui fasse découvrir le soin afin que cela devienne un partage, un échange : le patient l'introduit dans son environnement de soin, avant que le soignant en fasse de même.
- Organiser une visite des locaux (CMP, HDJ, voire HC) accompagnée par un soignant de l'équipe adolescent, permettant de concrétiser la persistance des liens noués, même dans un lieu de soin différent.
- Débuter la prise en charge en service adulte en parallèle à la poursuite de la prise en charge en hôpital de jour adolescent, au départ accompagné par un soignant de l'équipe adolescent : entretiens avec l'infirmier référent, suivi médical, activités en hôpital de jour si nécessaire. Cette prise en charge double peut s'étendre plus ou moins selon les besoins du patient.
- Eviter de précipiter le relai malgré les difficultés de prise en charge, ne pas se limiter à un critère d'âge mais attendre d'avoir construit un réseau le plus sécurisant et solide possible
- Anticiper le relai le plus tôt possible (en fonction de l'âge, de la pathologie du patient), échanger avec l'adolescent le plus librement possible sur la pathologie, son évolution, ses modalités de prises en charge mais aussi ses capacités à définir en partie sa vie malgré la pathologie, faire ses choix de vie, se construire, s'autonomiser, avoir une vie quasiment « comme tout le monde » bien que nécessitant souvent un suivi et un traitement
- Importance de la psychoéducation pour renforcer une position active vis-à-vis des soins et de la pathologie
- Reconnaître un changement de statut en tant qu'adulte dans la prise en charge, lui laisser progressivement une marge de manœuvre, une possibilité de faire ses choix au travers de la prise en charge. Il importe de lui faire remarquer son évolution depuis le début de la prise en charge, le changement de regard des soignants, de le valoriser narcissiquement pour le soutenir dans le franchissement de cette étape, tant sur le plan symbolique que réelle.
- Préserver le lien avec le soignant référent du service adolescent, afin de verbaliser le vécu de ce changement, en cherchant un renforcement des points positifs par le patient. Lui montrer que les liens ne sont coupés, perdus, mais évoluent, laissant place à la possibilité d'établir de nouveaux liens.
- Associer les parents à ce relai, leur signifier leur importance essentielle malgré cet accès à la majorité. Il arrive que ce soient les inquiétudes des parents qui

compromettent ce relai. La poursuite des soins au-delà de la majorité et la nécessité de mettre en place une prise en charge en service adulte, c'est inscrire leur enfant dans la maladie psychique, inscription souvent perçue comme définitive. C'est faire le deuil de leur enfant indemne de la maladie, et de l'adulte imaginaire que serait devenu cet enfant.

*** EN RESUME : Sur le plan pratique clinique**, il est nécessaire de travailler sur une prise en charge d'avantage « protocolisée » :

- Admission contractualisée, avec éventuellement contrat par écrit : Qu'est-ce que l'équipe attend du jeune ? Qu'est-ce que le jeune attend de l'équipe ?
- Importance de la durée prévisible du soin, contractualisée ; évaluation régulière des changements, de l'évolution des attentes avec l'adolescent et les parents ; discussions en équipe régulièrement autour de l'intérêt de l'interruption éventuelle de la prise en charge
- Importance d'un dispositif plus souple, pour axer les soins vers une appartenance étayante en veillant à ne pas accentuer la fragilité narcissique ; conserver si possible des temps éducatifs et pédagogiques dans les lieux habituels.
- Intérêt d'un travail en réseau pensé, anticipé, structuré, évitant les ruptures, travail autour de l'articulation du sanitaire et du médico-social ; ne pas trop « psychiatriser » les problématiques présentées, savoir mettre l'accent sur les autres modalités de prise en charge et notamment socio-éducatives.
- Collaboration avec les services adultes à améliorer : collaborations plus précises avec les circuits institutionnels adultes pour ceux que l'on sait inscrits (du fait de l'ancienneté et la gravité des troubles) dans cette trajectoire.

b. Sur le plan de la recherche :

On ne retrouve dans la littérature que peu d'études sur le devenir des troubles de l'adolescence, notamment d'études françaises. On retrouve d'avantage d'études évaluant le devenir d'enfant à l'adolescence mais nettement moins entre l'adolescence et le début de l'âge adulte. Sans doute la coupure artificielle de deux spécialités à l'âge de 18 ans rend plus difficile le développement d'études, de concepts. Chacun est pourtant convaincu de la nécessité d'étudier de façon prospective le devenir des pathologies apparues avant 18 ans et risquant d'affecter toutes les étapes ultérieures de la vie du patient.

L'étude ELFE (Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance) vient de démarrer en France en 2011, il s'agit de la première étude longitudinale française consacrée au suivi des enfants, de la naissance à l'âge adulte (une enquête pilote a débuté en 2007 avec 500 familles), portant

sur plus de 18 000 enfants. Ce type d'enquêtes prospectives est pourtant déjà réalisé depuis longtemps dans certains pays.

Une meilleure connaissance de l'évolution des troubles psychiatriques, notamment entre l'adolescence et l'âge adulte, peut permettre d'en améliorer la prise en charge mais aussi la **prévention**, primaire ainsi que secondaire et tertiaire. Le DSM-V devrait d'ailleurs être davantage tourné sur l'histoire développementale de la symptomatologie que présente le patient.

Evaluation des pratiques de soin :

Il serait certainement intéressant de « protocoliser » davantage le déroulement de la prise en charge avec des évaluations régulières permettant d'avoir un regard clinique plus objectif sur l'état du patient entre l'admission et la fin de la prise en charge. Classiquement, l'évaluation du devenir à la fin de la prise en charge est rarement réalisée, ou alors de manière très informelle, et reste particulièrement subjective. L'évaluation de l'évolution entre le début et la fin de la prise en charge n'est pas mieux établie puisqu'aucun outil d'évaluation comme les échelles standardisées ou un simple questionnaire de sortie n'est à notre connaissance et selon les publications jamais systématiquement réalisé.

L'évaluation des soins pourrait être basée sur différents critères :

- Questionnaire de fin de prise en charge rédigé par le patient
- Evaluation subjective de l'évolution clinique des patients par l'équipe de l'hôpital de jour et l'équipe médicale référente
- Evaluation de l'évolution clinique à partir d'échelles standardisées (symptômes, adaptation, bien-être), tests psychodynamiques à l'entrée et à la sortie
- Traitements psychotropes, nombre, dosage à l'entrée et à la sortie
- Nombres de jours d'hospitalisation temps plein avant l'entrée en HDJ et à la sortie

En dehors de l'intérêt de ce questionnement au niveau institutionnel, permettant d'alimenter la réflexion sur notre fonctionnement, l'idée est aussi, à l'heure de l'évaluation des pratiques de soins, de justifier nos orientations thérapeutiques en fonction d'une certaine évaluation diagnostique.

Il va être de plus en plus nécessaire de justifier les moyens alloués ainsi que mieux préciser quel type, quel rythme et quelle durée de soins paraissent nécessaires, selon l'âge ou la nature exacte des troubles. Ceci suppose d'objectiver les évolutions, puis de tenter de relier ces devenirs aux soins entrepris. L'effort, considérable, doit porter dans un premier temps sur la description la plus fiable et la plus consensuelle possible, des pathologies, des traitements et de leurs résultats. Tout clinicien l'effectue déjà au quotidien, spontanément et rien n'interdit de la formaliser par étapes successives et de la partager davantage au travers de publications et communications,.

Enfin, il nous semble évident que ces problèmes d'évaluation institutionnelle n'ont de sens que dans la perspective d'échanges et d'enrichissement entre différents hôpitaux de jour. Cela passe par des études coopératives permettant d'asseoir de façon plus forte les expériences acquises par chaque équipe. Le présent travail s'inscrit donc comme une tentative – à critiquer et à enrichir – de mettre au point des outils et des méthodes d'évaluation adéquats à nos problématiques institutionnelles.

V. CONCLUSION

THESE SOUTENUE PAR : Marie Delahaye

TITRE : PARCOURS DE SOINS ET DEVENIR D'UNE COHORTE D'ADOLESCENTS PRIS EN CHARGE EN HOPITAL DE JOUR, A PARTIR D'UNE ETUDE DESCRIPTIVE

CONCLUSION

L'indication d'hôpital de jour à l'adolescence est révélatrice de la sévérité de la symptomatologie présentée, témoignant, en proportion variable, à la fois du degré de débordement des capacités psychiques de l'adolescent et du degré de débordement de l'entourage.

La cohorte qui fait l'objet de cette étude comprend l'ensemble des adolescents, aujourd'hui majeurs, admis à l'Hôpital de Jour pour adolescents du Centre Hospitalier Alpes-Isère depuis son ouverture en Janvier 1998 et dont la prise en charge a pris fin au plus tard en Décembre 2009, soit un total de 100 patients.

L'objectif de cette étude est d'avoir une représentation des profils des adolescents accueillis en hôpital de jour, de leur investissement dans ces soins et de leur devenir, à partir d'une description sociodémographique et clinique réalisée en deux temps :

- Au moment de la prise en charge en hôpital de jour, par un travail rétrospectif, basé sur une relecture complète des dossiers médicaux,
- Puis à distance au moment de l'étude, par un travail catamnestique basé sur une enquête téléphonique réalisée en 2012 auprès de ces jeunes adultes, ou à défaut de leur famille. Cette reprise de contact était aussi l'occasion d'interroger les patients sur leur vécu à posteriori des soins en hôpital de jour à l'adolescence.

La première partie de ce travail consiste en une description des données rétrospectives de la population accueillie en hôpital de jour pour adolescents, sur le plan médico-social, et des données relatives à la prise en charge.

Ces données cliniques montrent une grande hétérogénéité au sein de notre cohorte, aussi bien sur le plan diagnostique, que des trajectoires de soins, mais aussi des trajectoires sociales et familiales.

Le déroulement de la prise en charge est rarement linéaire et le critère de l'investissement des soins par l'adolescent fait ressortir deux sous-groupes :

- Un premier sous-groupe qui ne s'inscrit pas dans les soins (53%), défini soit par une durée de prise en charge inférieure à 3 mois (19%), soit par un taux d'absentéisme élevé (34%),
- Un deuxième sous-groupe qui investit la prise en charge (47%). L'affiliation à l'équipe de soins, inscrite dans la durée, permet alors progressivement un travail d'individuation et d'élaboration psychique de l'adolescent.

La deuxième partie de ce travail porte sur la description du devenir médical et social de cette population.

Le taux de perdus de vue s'élève à 11% et le taux de décès est de 3%. L'enquête téléphonique a été réalisée avec le jeune directement pour 52%, par défaut avec un

membre de la famille pour 26%, avec un intervenant médical ou social pour 3%, et uniquement par l'intermédiaire des dossiers pour 5%, avec un recul moyen de 7.9 ans avec des extrêmes allant de 2.5 à 13.8 ans.

Lorsqu'on étudie le devenir de ces jeunes au regard de la stabilité de leur état et de l'adhésion aux soins, 3 sous-populations cliniquement distinctes se dégagent, composées globalement d'un tiers de l'effectif chacune :

- Une première sous-population ayant évolué vers l'instabilité avec ou sans soin (29%),
- Une deuxième sous-population stabilisée avec soins (34%),
- Une troisième sous-population stabilisée sans soin (26%).

Sur le plan diagnostic, 58.3% des diagnostics posés en hôpital de jour sont retrouvés constants dans les dossiers de soins de psychiatrie générale adulte (sur les 60 diagnostics récents retrouvés).

Dans une troisième partie, l'analyse statistique des données rétrospectives et catamnestiques à partir du critère de l'inscription aux soins permet de faire ressortir deux populations aux caractéristiques distinctes :

- Le premier sous-groupe caractérisé par des difficultés d'inscription aux soins (N=53) est homogène pour plusieurs critères : « confrontation » aux soins psychiatriques plus tardive et discontinue, diagnostics du registre des état-limites, troubles narcissiques et autres pathologies du lien. Cette population est fréquemment déscolarisée après une scolarité ordinaire. La prise en charge est soit interrompue rapidement (dans les 3 mois) quand le jeune bénéficie d'inscriptions socio-éducatives et que la pathologie psychiatrique n'est pas au premier plan, soit maintenue malgré son caractère chaotique (et les absences) quand la pathologie psychique est bien présente et se manifeste par une incapacité à maintenir des liens quels que soient leur nature et les moyens mis en œuvre (socio-éducatifs ou judiciaires). A distance, ces jeunes adultes mettent en avant la stigmatisation par l'étiquette psychiatrique et le contact avec des patients plus « lourds ».

Cette population évolue davantage vers l'instabilité (40%) le plus souvent sans soin, ou la stabilité sans soin (30%), les troubles étant donc transitoires pour certains, mais perdurant pour d'autres en même temps que le refus des soins, et se manifestent alors par une précarité sur le plan social.

- Le deuxième sous-groupe qui lui, investit les soins (N=47), se distingue par une prise en charge qui s'inscrit davantage dans la continuité, avec un diagnostic plus souvent du registre psychotique. Cette population, déjà pour beaucoup dans une scolarité adaptée, adhère davantage aux soins en hôpital de jour, vécus nettement plus positivement, en permettant une resocialisation progressive avec un enjeu relationnel fort et une dynamique de remise en mouvement. La prise en charge est alors plus linéaire, et permet la construction d'une alliance thérapeutique qui laisse envisager une continuité des soins dans l'avenir.

Cette population évoluera majoritairement vers une stabilité avec soins (49%), la maladie n'envahissant alors plus toutes les dimensions de la vie du sujet qui reste cependant tributaire des soins pour accéder à un niveau variable d'autonomie et d'insertion.

Ces résultats doivent cependant être interprétés en tenant compte des biais méthodologiques de cette étude. Ils permettent néanmoins d'orienter une réflexion sur la pertinence de ce dispositif institutionnel encore peu développé et la nécessité de penser à nouveau cet outil de soins pour l'adapter aux mieux aux deux populations discriminées par l'inscription ou non dans les soins :

- Pour la population qui ne parvient pas à investir l'hôpital de jour, nous proposons à la fois d'aller vers plus de contenance, via une admission contractualisée et une meilleure délimitation des bornes temporelles de la prise en charge, et d'aménager plus de souplesse au dispositif de soins. L'enjeu est de parvenir à offrir aux patients une appartenance à un groupe qui soit étayante, sans accentuer leur fragilité narcissique, par un assouplissement du signifiant « hôpital de jour », par la recherche d'une homogénéité des groupes de patients reçus chaque jour et un choix de médiations socialement plus acceptables pour l'adolescent. Et leur permettre ainsi d'investir progressivement le soin en hôpital de jour, qui devient alors un outil autorisant l'adolescent à expérimenter des liens stables et sécurisants.
- Pour la population qui investit le soin à l'hôpital de jour, l'enjeu se situe davantage au niveau de l'élaboration autour de la séparation et de l'individuation et il serait nécessaire de travailler plus en amont le relai avec les services adultes.

Les troubles psychiatriques évalués comme suffisamment sévères à l'adolescence pour relever d'une prise en charge institutionnelle ont donc des implications multiples sur la vie du sujet, avec une morbidité et une mortalité importantes. Ces troubles doivent être pris en compte sur leur aspect développemental avec la notion d'un continuum de l'enfance à l'adolescence et à l'âge adulte. Cette étude se propose comme un préalable à une investigation prospective plus rigoureuse utilisant des échelles standardisées afin de mieux apprécier, dans cette perspective évolutive, l'impact des dispositifs de soins. La réflexion autour de la prise en charge globale de ces patients est une question essentielle qui doit évaluer les différents moyens thérapeutiques (psychothérapie, chimiothérapie, différentes modalités d'hospitalisation, ...), mais aussi socio-éducatifs et pédagogiques, et leurs combinaisons possibles pour la prise en charge de la période aigue mais également pour la prévention, secondaire et tertiaire. Mais si toutes les études sur le devenir montrent la nécessité de traiter vite et intensément ces pathologies étant donné leur risque évolutif, elles montrent aussi que pour chaque sujet, les potentialités évolutives peuvent être multiples. Ces patients nous rappellent aussi que chaque histoire est singulière, qu'il n'y a jamais de trajectoires toutes tracées, et que, particulièrement à l'adolescence, une pathologie ne présage pas totalement de l'avenir du sujet.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 09 Octobre 2012

LE DOYEN

Professeur J. P. ROMANET



LE PRESIDENT DE THESE

Professeur T. BOUGEROL

A large, stylized handwritten signature in black ink, likely belonging to Professor T. Bougerol, written over the printed name.

VI. BIBLIOGRAPHIE

Références bibliographiques :

1. ACHENBACH T., « Comorbidity » in child and adolescent psychiatry: Categorical and quantitative perspectives, in *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 1991, 1: 271-278
2. ANGOLD A, COSTELLO E, ERKANLI A., Comorbidity, in *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1999, 40: 57-87
3. AZOULAY J., De la "prise en charge" institutionnelle à une dynamique psychothérapique, in *Perspectives psychiatriques*, 1967, 17
4. ANG B. et MANELA Y., Le travail sur les liens et l'ouverture psychothérapeutique dans un hôpital de jour pour adolescents, in *Le carnet psy*, 2009/4, 135, 36-41
5. BION W.R., Aux sources de l'expérience, 1962, Paris, PUF
6. BLOS. P, The adolescent passage developmental issue, *International Universities Press*, 1979
7. BOURION S., Alliance thérapeutique et anorexie mentale : suivi longitudinal de 21 patients hospitalisés à l'hôpital pour enfants du CHU Nancy-Brabois, Thèse de Médecine, 2009
8. BUNGNER M., Trajectoires brisées, familles captives : la maladie mentale à domicile, Pour la Recherche n° 14, Septembre 1997 : Economie et Santé mentale
9. CARON C, RUTTER M., Comorbidity in child psychopathology: concepts, issues and research strategies, in *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1991, 32: 1063-1080
10. CARTER A., The prognostic of adolescent psychoses, *Journal of Mental Science*, 1942, 88, 31-81
11. CHAPEROT C., PISANI C., GOULLIEUX E., GUEDJ Ph., Réflexions sur le cadre thérapeutique et l'institution : médiatisation et caractère partiel, *Evolution psychiatrique*, 2003, 68.
12. *Circulaire de la Direction de l'Hospitalisation et l'Organisation des Soins (DHOS)* du 11 Décembre 1992 : Orientations des politiques de santé mentale en faveur des enfants et adolescents

13. Collectif, INSERM : Troubles mentaux: dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent, INSERM-Expertise collective, *Rapport établi à la demande de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs indépendants (CANAM)*, 2002
14. DEBESSE M., La crise d'originalité juvénile, *PUF*, 1941, 2^{ème} édition
15. DUBOR P., Le cadre à 'géométrie variable' en appui perceptif sur l'objet réel et total médiateur de l'intériorisation de la permanence et de la continuité, in *Revue française de psychanalyse*, 1996, 60, 2, 401-427
16. DUNN G., PICKLES A., TANSELLA M., VAZQUEZ-BARQUERO J., Two-phase epidemiological surveys in psychiatric research, in *The British Journal of Psychiatry*, 1999, 174: 95-100
17. EISSLER K., Notes on problems of technique in the psychoanalytic treatment of adolescents, *Psychoanalytic Study of the Child*, 1958, 13: 223-54
18. ERICKSON M., Identity, youth and crisis, 1968, (Adolescence et crise), *Flammarion*, 1972
19. FAIN M., Prélude à la vie fantasmatique, in *Revue Française de Psychanalyse*, PUF, 1971, n°3-4
20. FARD, Undiagnosed psychiatric illness in adolescents, in *Archives of General Psychiatry*, 1978, 35, 279-282
21. FERRERO F. et coll., Hospitalisations psychiatriques à l'adolescence : évaluation après 7 à 11 ans d'un groupe de 107 patients, in *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 1990, 38, 463-469
22. FOMBONNE E., Le rôle de l'épidémiologie dans la recherche étiologique en psychiatrie : des facteurs aux mécanismes de risque, in *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 1993, 41: 263-276
23. FOMBONNE E., The Chartres study: I Prevalence of psychiatric disorders among French school-aged children, in *The British Journal of Psychiatry*, 1994a, 164: 69-79
24. FROTTIN A., Les états-limites au prisme de la théorie de l'attachement : étude sur la population de 11 adolescents d'un hôpital de jour, in *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2007, 55: 239-247
25. GARBER B., POLSKY R., Follow-up study of hospitalized adolescents, in *Archives of General Psychiatry*, 1970, 22, 179-187
26. GOFFMAN E., Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux, in *Revue française de sociologie*, 1969, 10-2, 228-229

27. GUNDERSON J., Defining the therapeutic process in psychiatric milieu, *Psychiatry*, 1978, 41(November), 327-335.
28. HAIM A., Les hôpitaux de jour pour enfants et adolescents, *Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale*, 1964, 1, 3-18
29. JEAMMET P., Réalité externe, réalité interne, importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence, in *Revue française de psychanalyse*, 1980/3-4 : 481-521
30. JEAMMET P., Le cadre n'appartient à personne, Sous la direction de BLANDUNO G. (PUL), 1992, *Cadres thérapeutiques et enveloppes psychiques*, 101-110
31. JEAMMET P. et CORCOS M., Evolution des problématiques à l'adolescence, l'émergence de la dépendance et ses aménagements, *Collection Références en Psychiatrie*, Edition Doin, 2001
32. JEAMMET P., L'adolescence : un révélateur de l'insécurité et du besoin de dépendance, in *Revue des Hôpitaux de jour psychiatriques et des Thérapies Institutionnelles*, 2012, 14: 19-27
33. KAES R., L'appareil psychique groupal : constructions du groupe, 1976, *Edition Dunod*, Paris, 280 p
34. KERMARREC S., French adaptation and validation of the Helping Alliance Questionnaire for child, parents and therapist, *Canadian Journal of Psychiatry*, 2006, vol.51, N°14, 913-922
35. KIM-COHEN J. et coll., Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developemental follow-back of a prospective longitudinal cohort, in *Archives of General Psychiatry*, 2003, 60: 709-717
36. KING L.J., PITTMAN G.D., A six-year follow-up study of sixty-five adolescent patients: predictive value of presenting clinical picture, in *The British Journal of Psychiatry*, 1969, 115, 1437-41
37. LAMAS C., CORCOS M., JEAMMET P., Psychothérapies à l'adolescence, *Encyclopédie-Médico-Chirurgicale* (Elsevier Masson SAS), in *Pédopsychiatrie*, 37-217-A-10, 2007
38. LEONE F., FITZMARTIN R., STETSON F. et coll., A retrospective follow-up of behaviourally-disordered adolescents : identifying predictors of treatment outcome, in *Behavioral Disorders*, 1986; 12: 87-97
39. LISIN P., BERTRAND J., L'hôpital de jour pour adultes : fonctionnement, indications et contre-indications, *Feuillets psychiatriques*, Liège, 1973, 6, 209-220

40. LOUBIERE F., Devenir d'un hôpital de jour pour adolescents : quelques réflexions à partir d'une étude de clientèle, in *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 1995, vol. 43, n°6, 237-243
41. MARCELLI D. et coll., Episode psychotique aigu de l'adolescent et du jeune adulte : questions diagnostiques, thérapeutiques et éthiques, in *Annales Médico-Psychologiques*, 2002 : 160, 386-395
42. MARTIN D., Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol.68, 438-450
43. MASTERSON, The symptomatic adolescent five years later: he didn't grow of it, *The American Journal of Psychiatry*, 1967, 123, 1338-1345
44. MISES R. et coll., La cure en institution : l'enfant, l'équipe, la famille, in *Collection La vie de l'enfant*, édition Paris ESF, 1993
45. NEZELOF et coll., Un hôpital de jour pour enfants et adolescents dans un hôpital général, in *Annales de psychiatrie*, 1991, vol 6, n°3, p. 159-164
46. NOTTELMANN E, JENSEN P., Current issues in childhood bipolarity, in *Journal of Affective Disorders*, 1998, 51: 77-80
47. ORCHARD J. and MACKLEOD R., Adolescent day program: a two year retrospective review, in *Canadian Journal of Psychiatry*, August 1990, Vol. 35, 554-556
48. OHAYON A., Le devenir des enfants suivis en psychiatrie : premières enquêtes rétrospectives d'évaluation, in *L'évolution psychiatrique*, 2004, 69: 589-603
49. PANCHAUD, R., Environnement thérapeutique infirmier : travail de milieu en psychiatrie, *EMC Savoirs et soins infirmiers*, 60-705-N-10, 2011
50. PEDULLA S., Les groupes thérapeutiques : réflexion après 4 ans de fonctionnement auprès de patients adolescents, in *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55 (2007) 160-167
51. PENOT B., Travailler psychanalytiquement à plusieurs : la reprise d'un temps premier du processus subjectivant, in *Adolescence*, 2004/4, 50, 833-842
52. PULL C. et coll., Hôpital de jour et programmes de traitements spécifiques, *Revue des hôpitaux de jour psychiatriques et des thérapies institutionnelles*, 9, 99-103
53. RACAMIER P.C., L'esprit des soins : le cadre, 2002, Paris: *Collège*.
54. ROQUEFORT D., Le rôle de l'éducateur, éducation et psychanalyse, 1995, édition *L'Harmattan*

55. RUFO M., La vie en désordre, voyage en adolescence, 2008, *Edition France Loisirs*
56. RUTTER M, TIZARD J, YULE W, GRAHAM P, WHITMORE K., Research report : Isle of Wight studies, 1964-1974, in *Psychological Medicine*, 1976, 6: 313-332
57. RUTTER M., Isle of Wight revisited: Twenty-five years of child psychiatric epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1989, 28: 633-653
58. RUTTER M., Resilience: some conceptual considerations, in *Journal of Adolescent Health*, 1993, 14: 626-631, 690-696
59. SHAFFER D, LUCAS C, RICHTERS J., Diagnostic Assessment in *Child and Adolescent Psychopathology*, Guilford, New York 1999
60. SILBERG J., PICKLES A., RUTTER M., HEWITT J., SIMONOFF E. et coll., The influence of genetic factors and life stress on depression among adolescent girls, *Archives of General Psychiatry*, 1999, 563: 225-232
61. WINNICOTT D.W, De la pédiatrie à la psychanalyse
62. WINNICOTT D.W., Jeu et Réalité, 1971, Gallimard, 1975 pour la traduction française

Lectures ayant servi à l'élaboration de ce travail de thèse :

Articles :

- ALLILAIRE J-F., A propos de la CFTMEA : la perspective du développement en psychopathologie générale, in *Annales Médico-Psychologiques*, 2002, 160 : 205-207
- BOCHEREAU D. et coll., A propos des thérapies bi et multifocales en pédopsychiatrie, in *Perspectives psy*, 2009/4, 48, 353-362
- BONNOT O., Troubles psychiatriques des parents et santé mentale de l'enfant, *Encyclopédie-Médico-Chirurgicale* (Elsevier Masson SAS), in *Pédopsychiatrie*, 2005, 37-204-G-10
- BOURCIER G., Quelles institutions pour les adolescents ?, in *Perspectives Psy*, 1999, 38/1 : 33-38
- BRACONNIER A., Construction des liens et continuité des soins à l'adolescence, in *Annales Médico-Psychologiques*, 2007, 165 : 737-740
- CARBONNEL-CHABAS C. et GEPNER B., Le devenir à l'adolescence d'enfants atteints de troubles envahissants du développement : l'exemple de l'hôpital de jour d'Aix-en-Provence, in *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2009, 57 : 118-127

CHALUMEAU C., L'enfant au risque des classifications nosographiques et de leur usage, in *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 2001/1, 43, 83-90

CHAPETIER J-B., Groupes thérapeutiques à l'adolescence, in *Encyclopédie-Médico-Chirurgicale* (Elsevier Masson SAS), in *Pédopsychiatrie*, 37-208-D-31, 2004

CHOUCHENA O., Centres d'action thérapeutique à temps partiel pour enfants, in *Encyclopédie-Médico-Chirurgicale* (Elsevier Masson SAS), in *Pédopsychiatrie*, 37-210-A-12, 1998

Collectif, L'après-coup d'un séjour en hôpital de jour, *Journée de l'Association Nationale des Hôpitaux de Jour (ANHJ)* du 25/11/2006

DANION-GRILLIAT A. et MARCELLI D., Classification OMS multiaxiale des troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent, in *Annales Médico-Psychologiques*, 2002, 160 : 235-241

DE GAULEJAC V. et coll., Parcours, trajectoires, histoires, récits ?, in *Enfances et Psy*, 2008/1, 38, 114-121

DUMONT C., Ça serait si bien de savoir, in *Enfances et Psy*, 2008/1, 38, 64-70

FALISSARD B., Épidémiologie psychiatrique de l'adolescent, *Adolescence*, 2009/3, n° 69, p 228

FOMBONNE E., Epidémiologie des troubles psychiatriques en pédopsychiatrie, *Encyclopédie-Médico-Chirurgicale* (Elsevier Masson SAS), in *Pédopsychiatrie*, 2007, 37-190-A-30

GARRET-GLOANEC N. et coll., Alternatives à l'hospitalisation pour les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, in *Encyclopédie-Médico-Chirurgicale* (Elsevier Masson SAS), in *Pédopsychiatrie*, 37-210-A-35, 2003

GARRISON D. and DAIGLER G., Treatment settings for adolescent psychiatric conditions, in *Adolescence Medicine Clinics*, 2006, 17, 233-250

GAUTIER-JALAGUIER E., Hôpital de jour pour adolescents : pour quoi faire ?, in *Journal français de psychiatrie*, 2001/3, 14, 43-45

HORREARD A-S. et coll., Devenir à l'adolescence de la pathologie psychiatrique infantile, *Encyclopédie-Médico-Chirurgicale* (Elsevier Masson SAS), in *Pédopsychiatrie*, 37-216-O-10, 2010

JEAMMET P., Dynamique de l'adolescence, in *Encyclopédie-Médico-Chirurgicale* (Elsevier Masson SAS), in *Pédopsychiatrie*, 37-213-A-30, 1994

JEAMMET P., Innovations en clinique et psychopathologie de l'adolescence, in *Annales Médico-Psychologiques*, 2001, 159 : 672-678

- KAYSER et coll., Facteurs de risque psychosociaux et troubles psychiatriques des jeunes prise en charge par l'aide sociale à l'enfance et ayant recours à des soins hospitaliers, in *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2011, 59, 393-403
- KISS. A et coll., L'investissement objectal et social de l'adolescent en rupture : étude clinique, in *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2004, 52 : 1-10
- MASSOT-BONNET M., Une institution se penche sur le devenir des enfants dont elle a pris soin, in *Enfances et Psy*, 2008/1, 38, 53-63
- MIERMONT J., Déterminisme et indéterminisme en pédopsychiatrie, in *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2002, 50 : 87-94
- MILLE C., Histoire des classifications et perspectives nouvelles en psychiatrie de l'enfant, in *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 2001/1, 43, 91-97
- MONNELIO G., Les destins de la violence en hôpital de jour, *Adolescence*, 2002, 20, 51-64
- MORISSEAU L. et CARBUNAR J-M., Le travail avec les familles en hôpital de jour, in *Perspectives Psy*, 2011/4, 50, 343-344
- MULLER C., L'hôpital de jour à la recherche de son identité, in *Soins Psychiatrie*, Septembre/Octobre 2011, N°276
- NICOLIS H., DELVENNE V., Analyse quantitative des facteurs de risque familiaux chez les adolescents hospitalisés en unité de crise, in *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2007, Vol. 55, 407-412
- PAIVA G., Ecole et psychothérapie institutionnelle, quels sont leurs liens ?, in *Revue des hôpitaux de jour psychiatriques*, 2004, 6, 78-83
- PARRON A. et SICOT F., Devenir adulte dans un contexte de troubles psychiques, ou les incertitudes de l'autonomie, in *Revue française des affaires sociales*, 2009
- PEDULLA S., Les groupes thérapeutiques : réflexion après 4 ans de fonctionnement auprès de patients adolescents, in *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2007, 55 : 160-167
- QUEMADA N., CASADEBAIG F., Morbidité psychiatrique infanto-juvénile: devenir à un an de la prise en charge d'une cohorte d'enfants et d'adolescents, in *Psychologie Médicale*, 1992, 24, 1, 37-41
- RAPPAPORT C., Service d'hospitalisation temps plein et service de protection de l'enfance : demandes croisées, in *Perspectives psy*, 2007/1, 46, 40-52
- RAYNAUD et coll., Parcours de vie, parcours de soins, in *Enfances et Psy*, 2008/1, 38, 10-12

RENARD L. et PERICONE N., Accueil des adolescents en psychiatrie, in *Encyclopédie-Médico-Chirurgicale* (Elsevier Masson SAS), in *Pédopsychiatrie*, 37-218-A-10, 1999

ROCHE J-F., Voici des nouvelles, je suis moi-même et différente, in *Enfances et Psy*, 2008/1, 38, 71-78

RYF H., Quelques considérations sur les enjeux psychothérapeutiques dans un hôpital de jour pour enfants et adolescents, étude raisonnée d'un cas clinique, in *Revue des hôpitaux de jour psychiatriques*, 2004, 6, 21-28

SAINT-ANDRE S. et coll., Activités à médiation ; de l'occupationnel au thérapeutique, in *Neuropsychiatrie de l'Enfance et Adolescence*, 2009, Vol 59, 3, 169-175

TANGUY F., Intérêt de l'évaluation clinique en hôpital de jour pour jeunes enfants, in *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2005, 53 : 91-96

TERRA J-L., Méthodes d'évaluation des systèmes de soins en psychiatrie, in *Encyclopédie-Médico-Chirurgicale* (Elsevier Masson SAS), 37-800-A-20, 2001

URIOLLA U., Hôpital de jour d'adolescents : sa conception dans un cadre médico-psychologique, in *Soins Psychiatrie*, 1995, 178, 14-20

WARIDEL F. et coll., Centre de jour sans fin : la fin de l'hôpital de jour ?, in *Revue des Hôpitaux de Jour Psychiatriques*, 2002, N°4

WEIL F. et coll., Contribution spécifique de l'hospitalisation de jour au traitement des problèmes de l'adolescence, in *Perspectives Psychiatriques*, 1977, 63 : 275-280

Ouvrages :

JEAMMET P. et CORCOS M., Evolution des problématiques à l'adolescence, l'émergence de la dépendance et ses aménagements, *Collection Références en Psychiatrie*, Edition Doin, 2001.

MARCELLI D. et BRACONNIER A., Adolescence et psychopathologie, *Edition Masson*, 2003.

RUFO M., La vie en désordre, voyage en adolescence, 2008, *Edition France Loisirs*

WINNICOTT DW, Jeu et réalité, l'espace potentiel, Gallimard, 1975

Classifications diagnostiques :

OMS, Classification Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes, 10^{ème} révision, CIM-10

MISES R., Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent, Révision 2000, Révision 2010

MISES R., Correspondance CFTMEA-CIM 10, Révision 2010

Rapports et législation:

Circulaire DGS/DH N°70 du 11 Décembre 1992 : Orientations des politiques de santé mentale en faveur des enfants et adolescents

Collectif (INSERM), *Troubles mentaux: dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*, INSERM – *Expertise collective*, Rapport établi à la demande de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs indépendants (CANAM), 2002

LORRAIN J-L., L'adolescence en crise (Rapports d'information fait au nom de la commission des affaires sociales n° 242 (2002-2003) - 3 avril 2003), www.senat.fr

JOURDAIN MENNINGER D., STROHL MAFFESOLI H., Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques, Rapport N°2004 027, Février 2004, Inspection générale des affaires sociales

D. SOMMELET, *Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent: L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé - SANTE MENTALE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT – Recommandations*, 28 Octobre 2006

VII. ANNEXE

ANNEXE 1 : PROBLEMATIQUE

Quelle est la place de l'hôpital de jour dans la prise en charge des adolescents ?

Le travail avec les adolescents est riche, impliquant une nécessaire remise en question permanente des soins proposés, une remise en phase pour être à même de suivre les mutations de la société qui transparaissent à travers l'évolution des comportements, des modes d'expression, de la « norme » de l'adolescence. Une période de transition, avec ses rites de passage, une période de fréquentes souffrances qui s'expriment par l'agir et rarement par la parole. Une période qui déstabilise l'adolescent mais tout autant son entourage qui ne sait souvent comment se comporter. Une période de transition, où parfois la souffrance peut prendre une forme pathologique, qui pourrait rapidement être étiquetée psychiatrique avec un pronostic parfois sombre et trainée à vie mais qui peut aussi être transitoire, se dissiper avec le simple travail du temps, la maturation psychique, ou se reconstruire par des changements de mode de vie, ou une prise en charge adaptée. Un entre-deux où l'espoir reste possible, l'espoir d'une évolution possible, de voir le jeune développer ses capacités jusque-là enfouies pour poursuivre le travail d'individuation, d'autonomisation indispensables pour avancer et devenir adulte.

Les premiers développements de prises en charge intensives spécifiquement destinées aux adolescents se sont basés sur « des murs » mettant à distance, des lieux fermés, contenant, des unités d'hospitalisation à temps plein, à l'instar des soins destinés aux enfants où d'entrée de jeux la prise en charge s'est axée sur des unités de jour. En témoigne la disparité du nombre de places dans les hôpitaux de jour publics destinés aux enfants ou aux adolescents pour une population avec un taux de morbidité supérieur (selon le rapport de l'INSERM de 2002 (13), un enfant sur huit souffrirait d'un trouble mental, cette proportion devient de un sur cinq chez les adolescents). La place des hôpitaux de jour pour adolescents est donc moins établie, comme si une coupure radicale avec le milieu de vie faisait partie du soin de l'adolescent. Ceci explique en partie les évolutions positives lors d'hospitalisations complètes qui s'épuisent rapidement dès que le jeune retrouve son milieu naturel. L'intérêt des hôpitaux de jour apparaît essentiel, en particulier pour certaines problématiques.

La population accueillie en hôpital de jour peut sembler assez proche voire homogène dans sa présentation clinique apparente, les « troubles du comportement » étant souvent au premier plan, mais est en réalité très disparate sur leurs troubles réels et leur psychopathologie. On ne peut que relever le mimétisme des adolescents, rapidement caméléon, adoptant souvent les comportements d'apparence des autres jeunes quand leur psychopathologie le permet.

Ce travail se penche sur une modalité de prise en charge pour adolescents souvent peu développée, peu mise en avant, à l'instar d'autres prises en charge d'avantage inspirées des lieux de soins adultes, comme les hospitalisations complètes. La prise en charge des adolescents en hôpital de jour dans le secteur public est une modalité récente, peu reconnue, encore mal définie. Selon les établissements, la population des patients accueillis peut paraître

disparate. Chacun, travaillant auprès d'adolescent, reconnaît les difficultés à poser l'indication d'une prise en charge en hôpital de jour, à anticiper si la prise en charge pourra être adaptée, bénéfique, suffisamment contenant et capable de s'inscrire en réseau avec les autres modalités de prise en charge. S'assurer qu'elle ne retardera pas une prise en charge plus lourde peut-être nécessaire (hospitalisation complète, placement). L'hôpital de jour est donc un entre-deux, un entre-deux qui s'inscrit dans une période, en soi, d'entre-deux... Mais entre-deux quoi ? La famille, le lieu de placement, l'institution scolaire, le social, la justice, l'hôpital.... Des points d'appui plus ou moins stables, plus ou moins contenant, plus ou moins sécurisants ou au contraire rejetants, parfois stigmatisants. La nature de ces points d'appui entraîne bien entendu des prises en charge très différentes. La principale qualité de l'hôpital de jour est sa souplesse, sa maniabilité, dans l'objectif de faire le lien entre ces différentes prises en charge en évitant toute rupture déstabilisante. L'objectif est de construire un projet personnalisé, une prise en charge globale qui s'articule autour du jeune, en essayant d'obtenir son adhésion, correspondant à ses besoins propres, demandes formulées ou non, ou repérées par les intervenants. Ce projet peut évoluer au rythme du jeune, moduler la prise en charge proposée en adaptant les activités au fil des bilans et synthèses, mais aussi, réagir en urgence si l'état clinique du patient se dégrade ou si l'environnement se disloque en augmentant les temps de prise en charge.

L'hôpital de jour est une modalité d'avenir, qui devrait de plus en plus être mise en avant, d'une part du fait de son coût moindre par rapport à une hospitalisation complète, mais surtout parce qu'elle permet un travail qui s'inscrit dans le milieu naturel du patient. Souvent dans l'hospitalisation temps plein, la rupture avec l'environnement joue en soi dans l'évolution du patient, le mettant à l'abri d'un environnement déstabilisant, de « mauvaises fréquentations », de relations intrafamiliales complexes et parfois pathologiques voire toxiques. La période d'hospitalisation (associée à une prise en charge spécifique) permet une évolution favorable, mais souvent la sortie, même si bien anticipée et progressive, « redéstabilise » le patient qui avait atteint un certain équilibre dans le cadre protecteur du milieu hospitalier, risquant de compromettre en partie l'évolution positive. Le patient passe d'un cadre très contenant, sécurisant où il adopte une position passive, à une reprise en main totale tout en se retrouvant confronté à des facteurs de stress immuables. L'exemple type en est la prise du traitement médicamenteux prescrit, respecté pour la plupart des patients pendant le temps d'hospitalisation mais bien souvent abandonné ou mal suivi dès que le patient doit le gérer seul, qu'il n'y plus de surveillance ou de garde-fou pour veiller à cette prise. L'hospitalisation de jour permet un suivi du patient en « milieu ouvert », en « milieu réel », de travailler avec cette prise anarchique du traitement et en tenir compte dans son évolution, parfois d'y remédier. L'hospitalisation de jour va devoir jongler avec les facteurs extérieurs, en les intégrant dans la prise en charge. Il est nécessaire d'intégrer à la prise en charge non seulement les institutions, mais bien évidemment la famille, les parents ou substituts parentaux dans la mesure du possible. Souvent la prise en charge en hôpital de jour inclue des entretiens familiaux réguliers, pour préciser l'évolution du jeune dans son milieu, observer les conséquences de cette évolution sur la dynamique familiale et comprendre, éclairer ainsi certains blocages.

Soigner en hôpital de jour, c'est prendre en charge l'adolescent dans son environnement, en conditions réelles, avec ses avantages et ses inconvénients... C'est s'adapter à son environnement, aux bouleversements dans cet environnement, mais aussi aux bouleversements internes du jeune, parfois sans lien avec des facteurs externes. C'est réagir en cas de nécessité ou prendre la décision de ne pas le faire selon la nature de ces bouleversements. C'est accompagner le jeune avec suffisamment de souplesse sans pour autant déroger au cadre sécurisant. C'est lui donner un espace de parole, lui permettre peu à peu de s'exprimer autrement que par l'agir. C'est essayer de ne pas l'atteindre, le fragiliser d'avantage par le fait qu'il relève d'une prise en charge « psychiatrique » mais essayer de l'aider à combler ses failles narcissiques en lui révélant ses capacités, le renforcer sur ses possibilités, le regarder avec un œil neuf, ni aveugle ni fixé en permanence sur lui. Le laisser se construire, s'approprier peu à peu ses goûts, ses désirs, ses valeurs, son identité... sans qu'elle se définisse uniquement au travers de la psychiatrie.

La population d'adolescents accueillis en hôpital de jour est très hétérogène. Le diagnostic en soi est rarement un facteur d'inclusion. D'ailleurs les diagnostics sont souvent presque évanescents, fluctuants d'un intervenant à l'autre selon sa position, son orientation, avec plus ou moins d'optimisme ou de pessimisme, avec une injonction plus ou moins sombre sur l'avenir. Cela témoigne de la difficulté à mettre ces adolescents dans une case diagnostique bien définie, d'une part parce que la symptomatologie évolue bien souvent au fil du temps (ainsi que le regard qu'on pose sur eux), évoluant en soi ou pouvant prendre différentes apparences tel un caméléon, d'autre part parce que les symptômes sont souvent intriqués, entrant dans plusieurs cadres diagnostiques, avec souvent une interaction réciproque, une sorte de rétrocontrôle en fonction de celui dans lequel on positionne le jeune. Poser à tout prix un diagnostic précis, entrant dans le cadre du DSMIV-TR, chez un adolescent est rarement prioritaire, dans la mesure où cela ne retarde pas la mise en place d'une prise en charge ou d'un traitement médicamenteux adapté, permettant ainsi aux soignants de se faire une opinion sans préjugé, d'entrer en relation avec un autre individu et non « un schizophrène » ou « une borderline », et donc de ne pas induire d'autres symptômes, de ne pas se focaliser exclusivement sur les déficiences, les incapacités, les « anomalies » du patient mais le voir dans sa globalité, en s'appuyant sur son fonctionnement relationnel, avec les soignants mais aussi les autres jeunes accueillis. Les cotations diagnostiques sont souvent rares dans les dossiers et le plus souvent le plus larges et peu informatives possibles, laissant transparaître l'espoir de tout clinicien d'une évolution plus positive que ce qui semble prédictible aux vues des éléments cliniques.

Souvent la mise en place de soins en hôpital de jour est décidée devant l'échec des autres alternatives : échec du suivi ambulatoire en consultations, peu d'évolution au cours d'une hospitalisation complète ou inquiétudes de l'équipe d'hospitalisation en vue de la sortie. Ou encore en relai de prises en charge souvent enclenchées depuis la petite enfance ou un peu plus tard. Parfois parce qu'un objectif est clairement défini et facilité par l'hôpital de jour : reprise progressive d'une scolarisation, intégration en classe thérapeutique,...

L'idée de ce travail de thèse est donc de réfléchir à ce qu'est un hôpital de jour pour adolescents, quelles doivent être ses indications (s'il est possible de mieux les définir), ses objectifs, les attentes qu'on place en lui, et ce en se basant sur la cohorte de patients ayant été accueillis à l'hôpital de jour pour adolescents du CHAI depuis son ouverture en 1998, jusqu'en Décembre 2009, soit un total de 100 adolescents. Il est très vite apparu qu'une partie de ces jeunes ne parvenaient à s'inscrire à la prise en charge, qui était alors soit interrompue d'emblée, soit maintenue malgré les aléas et les nombreux chaos traversés. Est-il possible de repérer des spécificités dans cette population ? Leur devenir est-il différent ? Plus sombre ? Ou au contraire, plus serein ? Est-il nécessaire de prolonger un lien psychiatrique de qualité médiocre, serait-il intéressant au contraire de se tourner vers d'autres axes de prise en charge ? Ce travail n'a pas l'ambition d'explorer toutes ces questions, mais d'ouvrir des pistes de réflexion, qui pourront être complétées par d'autres travaux ultérieurs... mais surtout de nous permettre de garder espoir, conserver un regard confiant sur les ressources du jeune, même quand il présente une pathologie lourde au pronostic sombre.

Le premier axe de ce travail consiste à réfléchir à ce qu'est (et doit être) un hôpital de jour, et notamment quand il est destiné à une population spécifique comme les adolescents. L'hôpital de jour pour adolescents a-t-il des caractéristiques spécifiques ? Au niveau des indications ? Des objectifs ? Une de ces spécificités est bien évidemment que par définition, il a pour fonction de prendre en charge l'individu sur une période spécifique de temps, et donc sur une durée intrinsèquement limitée. Période dont l'issue est cruciale pour la construction psychique de l'individu, même si rien n'est joué, déterminé à l'avance.

Le deuxième axe de travail se recentre sur la question de l'adhésion à la prise en charge et de l'alliance thérapeutique, encore plus aigüe à l'adolescence. Dès les premières relectures des dossiers, il apparaît nettement qu'une proportion importante d'adolescents ne s'inscrit pas dans les soins tels qu'ils sont proposés. Cela est bien sûr relié à la psychopathologie adolescente en soi, marquée par les pathologies du lien. Mais au-delà, est-il possible de préciser d'avantage les caractéristiques de chaque population et de savoir si elles se distinguent sur différents points ? Et le déroulement de la prise en charge va-t-il se ressentir au-delà, sur le devenir de cette population ?

Beaucoup de patients ont finalement une prise en charge courte, inférieure à trois mois ou marquée par les absences, témoignant du fait qu'ils ne sont pas parvenus à s'inscrire dans ce type de soins. Les raisons en sont souvent multiples : trop grande souplesse du dispositif et manque de contenance pour certains jeunes, nécessité d'une alliance avec les familles, d'un lien étroit avec les services socio-éducatifs et scolaires, qui ne parviennent pas à se mettre en place ...

Sur un plan plus pratique, est-il possible de mieux définir la population relevant d'une prise en charge en hôpital de jour ? Est-il possible préciser les indications préférentielles de prise en charge en hôpital de jour ? De repérer des facteurs prédictifs aussi bien positifs que négatifs, permettant notamment de présager de difficultés à installer et maintenir la prise en charge, afin d'accroître notre vigilance, notre quête d'une alliance thérapeutique efficace et la qualité

des liens avec les autres intervenants ? Pourquoi la prise en charge n'a-t-elle pu s'inscrire ? Quelles sont les motifs d'arrêt de la prise en charge ? Quand les modalités du soin nous échappent, est-il possible d'y remédier ?

Le troisième axe de travail se penche sur le devenir global de cette population. Le fait qu'une indication d'hôpital de jour a été posée représente en soi un critère de gravité. Cela sous-entend que la pathologie est suffisamment lourde ou inquiétante pour que l'ambulatoire soit insuffisant, que l'étayage environnemental est trop fragile ou dépassé, débordé, que l'inquiétude autour du jeune est multiple, palpable, envahissant l'environnement de l'adolescent qui souvent la dénie totale, le rendant glissant, ne laissant plus de prise possible aux différents intervenants, l'adolescent lutte encore plus et résiste, échappe aux points d'appui qui lui sont proposés.

ANNEXE 2 : CADRE THEORIQUE : Etat actuel des principaux travaux

1°) Evolution des troubles de l'adolescence

a) Etat des lieux des études épidémiologiques sur les troubles psychiques de l'adolescence et leur évolution

Une meilleure connaissance de l'aspect développemental des troubles psychiatriques peut permettre d'améliorer les traitements proposés, mais aussi la prévention. Il est important de pouvoir caractériser l'histoire développementale de la symptomatologie de chaque patient.

Les enquêtes épidémiologiques sur des populations d'enfants ou d'adolescents ont largement été développées dans des pays autres que la France (dans d'autres pays) (suivi prospectif de cohorte aux Pays-Bas, en Nouvelle-Zélande), mais nettement moins en France sans doute du fait d'approches culturellement différentes. Plusieurs études épidémiologiques longitudinales ont montré la prédictibilité et la continuité des troubles psychiatriques de l'âge adulte depuis l'enfance, soit identiques selon une continuité homotypique, soit différents selon une comorbidité séquentielle. Plusieurs troubles semblent évoluer par paire, avec une émergence séquentielle, par exemple le TDA/H chez l'enfant ou l'adolescent et le trouble de personnalité antisociale chez l'adulte, le trouble des conduites chez l'adolescent et la dépendance aux substances psychoactives à l'âge adulte, les troubles anxieux dans l'enfance et la dépression chez l'adulte. Cependant la plupart des études ne s'intéresse qu'à deux troubles à la fois. D'autres études ont permis d'identifier des trajectoires évolutives très différentes pour le même trouble supposé, ce qui permet une autre compréhension de l'étiologie, de l'évolution et du pronostic et donc des programmes de prévention à mettre en place. Les formes juvéniles de l'ensemble des troubles psychiatriques sont associées à un pronostic plus sévère à l'âge adulte. Si les séquences développementales des troubles étaient mieux connues, cela permettrait de tester d'avantage des hypothèses de vulnérabilité, qui pourraient démontrer que les troubles séquentiels co-occurents partagent une diathèse commune. De plus, retracer l'histoire développementale du trouble pourrait apporter des informations essentielles pour concevoir des dispositifs de prévention. Peu d'études se penchent sur la question de savoir quel trouble psychiatrique adulte est l'extension d'un trouble de l'enfance ou l'adolescence. Bien que les études longitudinales prospectives soient essentielles pour prédire le risque d'une future morbidité associée à un trouble psychiatrique à début précoce, des études rétrospectives sont nécessaires pour déterminer la proportion d'adultes ayant présenté des troubles psychiatriques dans l'enfance. Les études prospectives restent cependant beaucoup plus valables d'un point de vue méthodologique.

Les enquêtes épidémiologiques ont montré l'intérêt de séparer les troubles en fonction de leur âge d'apparition. Par exemple, les troubles qui surviennent *de novo* à l'adolescence ont une association généralement plus faible avec les variables familiales que ceux survenant dans l'enfance (RUTTER et coll., 1976 (56)). Le suivi longitudinal des cas identifiés dans les enquêtes a aussi permis de documenter l'histoire naturelle des troubles montrant un taux important de rémission pour certains troubles émotionnels, une stabilité du type de troubles

qui persistent au fil du développement, et le maintien élevé des troubles de la conduite et du comportement (RUTTER, 1989 (57)).

Les travaux épidémiologiques plus récents ont fait appel à des techniques d'échantillonnage et des méthodes d'analyse des données plus complexes (DUNN et coll., 1999 (16)). De nombreux instruments d'évaluation ont été développés au cours des vingt dernières années, qu'il s'agisse de questionnaires, d'entretiens diagnostiques ou des moyens de mesure des facteurs de risque (événements de vie, relations intrafamiliales ou avec les pairs, attributs psychologiques...) (SHAFFER et coll., 2000 (59)).

L'accent a aussi été mis sur la fréquence de la comorbidité entre différents troubles psychiatriques et la nécessité de mieux élucider ce phénomène (ACHENBACH, 1991 (1) ; CARON et RUTTER, 1991 (9) ; NOTTELMAN et JENSEN, 1995 (46); ANGOLD et coll., 1999 (2)), sur l'importance de développer des études sur des tranches d'âge particulières (adolescence, âge préscolaire) et sur l'importance d'examiner simultanément l'effet de facteurs de risque mesurés dans des domaines différents (biologique, social, génétique...) (FOMBONNE, 1993 (22)). L'adoption de plus en plus fréquente de protocoles d'étude longitudinaux a permis de mettre en évidence un lien causal entre des facteurs de risque et la genèse de troubles psychiatriques ainsi que des facteurs protecteurs qui réduisent l'impact de facteurs de risques connus, d'identifier les facteurs associés à la persistance des troubles (souvent distincts de ceux impliqués dans la genèse des troubles), et d'examiner les liens (continuités et discontinuités) entre pathologie de l'enfant et celle de l'adulte (FOMBONNE, 1993 (22,23); RUTTER, 1993 (58)). Combinés à l'étude d'échantillons informatifs au plan génétique (études de jumeaux ou d'enfants adoptés), ces protocoles permettent de mieux apprécier l'effet de facteurs génétiques, d'environnement et de leurs interactions dans le développement des états psychopathologiques (SILBERG et coll., 1999 (60)). Plutôt qu'un moyen de recensement ou de comptage administratif des troubles psychiatriques des enfants, les méthodes épidémiologiques sont désormais devenues un outil indispensable pour tester les hypothèses et les modèles psychopathologiques.

La première étude française sur le devenir à l'âge adulte des jeunes ayant bénéficiés de soins, décrits alors comme « anormaux », date de 1950 et a été menée par LE GUILLANT sous l'égide d'HEULER sous le titre d' « Enquête nationale sur l'enfance inadaptée ». Cette première enquête nationale rétrospective a été réalisée entre 1947 et 1950 sur 650 jeunes adultes avec 330 réponses et les résultats, sommaires et plutôt décevants, ont été présentés lors du premier Congrès mondial de psychiatrie en 1950 au cours de la communication : « Pronostic des troubles du caractère chez l'enfant » (48).

Lancée début 2011, l'étude ELFE (Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance) est la première étude de cohorte française de grande ampleur. Elle a pour objectif de suivre 20 000 enfants de la naissance à l'âge adulte, après avoir démarré auprès de 500 familles pilotes en 2007. Elle mobilise plus de 60 équipes de recherche avec plus de 90 sujets spécifiques, pour essayer de mieux comprendre les facteurs qui peuvent influencer sur leur développement.

b) Spécificités des troubles psychiatriques de l'adolescence et de leur évolutivité : quelques conceptions psychopathologiques

L'adolescence est une période charnière de la vie psychique de l'individu, une période où on a l'impression (et d'autant plus pour les soignants qui s'occupent d'accompagner cette étape) que le potentiel évolutif, les capacités de régénération, de résilience de l'individu, sont encore en partie préservées, quand bien même le sujet aurait été exposé à des chocs affectifs précoces plus ou moins répétés ou une hérédité lourde. Mais la réalité clinique est parfois plus sombre.

Les troubles de l'adolescence et leur évolution : Quelques généralités

L'adolescence est une période marquée par des chocs, sociologique, biologique, affectif. Tous ces chocs font que l'adolescence se caractérise par une grande vulnérabilité et constitue un terrain favorable à l'apparition de divers troubles psychologiques. Certains font écho à des difficultés rencontrées dans l'enfance, d'autres, au contraire, peuvent se révéler à la faveur de la puberté, sans qu'aucun signe avant-coureur n'ait été observé. Pour M. RUFO (55), « il n'y a pas de trajectoire linéaire ni de fatalité. Le psychisme est plus complexe, plus mystérieux, et la vie plus riche en opportunité de réparation. Si la fragilité est réelle, elle ne doit pas occulter l'élan, l'énergie, l'enthousiasme propre à cet âge de conquêtes, de soi et du monde. Et l'autre caractéristique essentielle de l'adolescence, c'est la labilité. Rien n'est jamais figé, fixé, tout est toujours en mouvement, les humeurs, les envies, les intérêts, les engouements comme les rejets. Pris entre fragilité et élan, l'adolescent n'en finit pas d'osciller. Ses comportements aussi, parfois tellement outrés qu'ils évoquent de possibles symptômes d'un trouble. Mais il faut se garder de l'étiqueter trop vite, il est dans une quête identitaire permanente ».

Il est difficile d'apprécier la continuité des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, leurs remaniements et leurs perspectives évolutives par rapport à la psychiatrie adulte. La clinique des troubles de l'enfant et de l'adolescent a spécifiquement pour objectif de reconnaître, au-delà d'une symptomatologie souvent difficile à interpréter, les indices permettant de détecter les dangers d'évolution vers des états mentaux pathologiques qui gêneront le sujet durant toute sa vie.

La prévalence des troubles psychiques chez l'adolescent est estimée de l'ordre de 20%, alors que le nombre d'adolescents reçus en consultation ou dans une autre modalité de soin plus contenant est estimé à 5% de la population générale. Quand la rencontre a lieu, elle est bien souvent tardive.

Le rapport de l'INSERM de 2002 sur les *Troubles mentaux: dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent* (13), rassemblant les conclusions de 49 études épidémiologiques réalisées au niveau international, est à cet égard très éclairant. Il apparaît ainsi que « la prévalence des troubles mentaux communs (y compris les troubles des conduites) varie de 5 à 25 %, et la moyenne des taux effectuée à partir des résultats de 49 enquêtes a été estimée à 12,5 % ». Ainsi un enfant sur huit souffrirait d'un trouble mental, cette proportion devient de un sur cinq chez les adolescents.

L'adolescence, est souvent considérée comme un temps de crise révélateur des pathologies du lien. A l'adolescence, la crise existentielle est féconde mais fragilise le jeune. C'est l'âge où se déclarent les grandes pathologies adultes, comme les états-limites, la schizophrénie ou les troubles bipolaires, même si peu reconnus. Avec l'adolescence, l'amplification des troubles des conduites agies risque à la fois de peser sur le pronostic et de rendre difficile la démarche thérapeutique.

D'un point de vue médical, il est possible de scinder cette population en deux sous-groupes :

- les pathologies non spécifiques à l'adolescence, évoluant souvent depuis la petite enfance, relevant pour la plupart d'une prise en charge antérieure (psychose infantile par exemple) ;
- les pathologies spécifiques ou révélées à l'adolescence.

Adolescence et autonomisation : Quelques notions psychopathologiques

Située entre dépendance et autonomie, l'adolescence répond à une tâche psychique spécifique et constitue un passage. WINNICOT (61) a pu dire : « Un adolescent en soi, ça n'existe pas ». Cette formule d'aspect paradoxal introduit deux notions : il paraît en effet essentiel de ne pas oublier la diversité des fonctionnements mentaux à l'adolescence et de tenir compte de cette diversité. A un second niveau, un adolescent ne peut être à l'excès isolé de son environnement.

Le travail de *séparation-individuation*, qui comprend une distanciation d'avec les investissements de l'enfance pour accéder à une autonomisation, est constamment présent dans les troubles de l'adolescent.

Dans la perspective développementale ouverte par A. FREUD et M. MALHER, certains travaux, notamment ceux de P. BLOS (6) décrivent l'adolescence comme le deuxième processus de séparation-individuation. Il fait suite au premier processus décrit par M. MALHER qui occupe les premières années de vie. Il va bien sur reprendre les vicissitudes éventuelles de ce dernier, ce en quoi la notion de répétition demeure, mais en y apportant des éléments nouveaux. Ce travail de transformation et de maturation est décrit en termes de tâches développementales telles que : intégration du nouveau corps pubère avec achèvement des identifications sexuées, et autonomisation et séparation d'avec les objets parentaux. L'adolescence voit se conjoindre les deux grandes lignes de développement de la personnalité : celle de l'intériorisation qui se nourrit de l'interaction avec l'environnement ; et celle de la différenciation, de la subjectivation, par laquelle le sujet se reconnaît et s'affirme en développant le sentiment de sa propre continuité. La nécessité de distanciation d'avec les figures parentales sexualisées par la puberté et celle de s'autonomiser précipitent le processus d'intériorisation, au risque de le bloquer, et interroge la solidité des assises narcissiques du sujet. L'impact de ce mouvement d'autonomisation sur l'équilibre narcissique actuel de l'adolescent est majeur.

Selon P. JEAMMET (32), l'adolescent se retrouve dans un « état de contrainte paradoxale » : « ce dont j'ai besoin pour pouvoir être moi-même et développer mon autonomie, parce que j'en ai besoin, et à la mesure de ce besoin, représente une menace pour mon autonomie. (...) La réponse ne peut être que de l'ordre de l'agir, à moins que ne s'offre dans la réalité un objet d'étayage dont la qualité d'adaptation aux besoins de l'adolescent permette de conjointre relation objectale et sauvegarde narcissique. L'issue ne peut alors venir que d'une intervention extérieure ».

La notion de *processus de dégagement* est intéressante à développer. Ce terme utilisé par P. JEAMMET (31), et emprunté à D. LAGACHE, décrit l'aménagement des contraintes diverses qui attend l'adolescent. Il suppose une adéquation suffisante du milieu environnant aux besoins de l'adolescent. Une telle adéquation est bien sûr fonction de la qualité de l'organisation intrapsychique de l'adolescent. La marge de manœuvre de celui-ci par rapport au milieu sera d'autant plus grande que ses assises narcissiques seront plus assurées et ses structures internes diversifiées. Dans le même temps, il est important que l'adolescent se réapproprie son histoire et se perçoive progressivement comme en partie détenteur de son destin. Il est essentiel qu'il n'ait pas le sentiment d'être enfermé dans la répétition des expériences douloureuses éventuelles de son passé mais qu'il puisse au contraire donner un sens à celles-ci qui le libère et le conforte dans une ouverture possible. Mais une telle évolution n'en reste pas moins tributaire de la conjoncture et de ses aléas. Cette sensibilité aux aléas sera certes plus marquée chez les adolescents plus vulnérables du fait du poids de leur **hérité et de leur histoire**. L'adolescence risque pour eux de n'être qu'une réactualisation des difficultés du passé et un traumatisme supplémentaire dans la série des « traumatismes cumulatifs » qui jalonnent leur histoire. Mais cette **notion de vulnérabilité** est très relative et résulte d'une dialectique mouvante entre réalité interne et réalité externe.

Devenir des troubles de l'adolescence : Différentes conceptions psychopathologiques, toujours en évolution :

L'adolescence est essentiellement présentée comme l'achèvement du développement de l'enfant et simultanément, elle est volontiers décrite comme le temps de tous les bouleversements. La notion de « crise d'originalité juvénile » apportée par DEBESSE en 1941 (14) en témoigne, on a volontiers considéré comme « normales » pour cet âge les conduites les plus atypiques. Un auteur comme EISSLER (1958) (17) a pu écrire qu'un adolescent en psychothérapie est susceptible de présenter des tableaux cliniques évocateurs de toute la pathologie psychiatrique, borderline mais aussi schizophrénique, sans conséquences pour son avenir. Si les données évolutives actuelles sont moins optimistes, il n'en demeure pas moins qu'une telle position est largement partagée, au moins sous une forme plus atténuée.

Passé le temps de la crise, le jeune adulte se situerait dans la continuité de son passé et si des changements conséquents surviennent, ils appartiennent avant tout à la pathologie. La schizophrénie représente le risque par excellence et le dilemme s'est longtemps situé entre

cette dernière et une « crise d'originalité » qui finirait par rentrer dans l'ordre. Depuis ces dernières décennies, la situation s'est certes nuancée avec la mise en avant de l'importance des troubles de l'humeur à cet âge et la description des états-limites et des pathologies de la personnalité. Cependant là encore le changement est-il le fait de l'adolescence ou celle-ci ne fait-elle que révéler une fragilité, sinon une pathologie déjà constituée, antérieure ?

FROTTIN A. (24) décrit que « chez les adolescents psychotiques, si le processus pubertaire n'est pas simple à accueillir, on constate aussi que ce processus peut favoriser un réaménagement psychique rendant les défenses psychotiques moins massives. La puberté peut aussi être un temps potentiellement cicatrisant, voire réorganisateur des états-limites, permettant la mise à distance de certaines défenses psychotiques, la recherche de supports identificatoires nouveaux. »

Dans l'article *Psychothérapies à l'adolescence*, LAMAS, CORCOS et JEAMMET (37) soutiennent l'idée que « les modalités de fonctionnement psychique et le caractère souvent mobile, protéiforme de manifestations symptomatiques à l'adolescence, interrogent les modèles diagnostiques catégoriels. Nous privilégions ainsi à l'adolescence l'utilisation du terme de « modes prévalents de fonctionnement » soulignant le potentiel évolutif des troubles. »

A noter que l'évolution établie et reconnue des troubles graves évoluant souvent depuis l'enfance est largement modifiée par les soins de plus en plus précoces. La question du devenir spontané reste complexe puisqu'ils font parfois l'objet de soins dès le plus jeune âge, soins qui donnent naissance à de nouveaux tableaux cliniques.

Résultats de quelques études sur le devenir des troubles de l'adolescence :

L'étude longitudinale prospective menée par KIM-COHEN et coll. (35) s'est basée sur une évaluation diagnostique aux âges de 11, 13, 15, 18, 21 et 26 ans d'une cohorte définie selon l'année de naissance et comprenant 1037 individus. Parmi la population qui a reçu un diagnostic psychiatrique à l'âge adulte, 73.9% avaient déjà reçu un diagnostic avant l'âge de 18 ans et 50% avant l'âge de 15 ans. Les troubles psychiatriques retrouvés à l'âge adulte étaient pour la plupart précédés de leur forme clinique juvénile. Plus particulièrement, les troubles anxieux chez l'adulte et les troubles schizophréniques sont précédés par une large gamme de troubles juvéniles. Pour l'ensemble des troubles psychiatriques retrouvés à l'âge adulte, l'étude retrouve chez 25 à 60% d'entre eux des antécédents de troubles des conduites ou troubles oppositionnels avec provocation.

La signification de troubles psychiatriques à l'adolescence et sa projection dans l'âge adulte reste un sujet controversé, cependant l'étude de F. FERRERO et coll. (21) permet de montrer que le diagnostic de psychose retenu à l'adolescence reste particulièrement stable dans l'évolution ultérieure. Deux aspects ont été particulièrement retenus dans cette étude pour

l'analyse des données : l'évolution du diagnostic de psychose et la spécificité de la filière de soins des patients psychotiques.

Plusieurs questions portant sur l'adolescence et sa psychopathologie restent controversées : est-il par exemple approprié d'utiliser les mêmes critères diagnostiques que pour les adultes ? Quelle continuité existe-t-il entre la psychopathologie de l'adolescence et de l'âge adulte ? L'étude du devenir des adolescents ayant présenté des troubles psychiatriques a été abordé par des auteurs comme ERICKSON E.M. (18) et BLOS P. (6) pour lesquels les troubles mentaux au cours de l'adolescence, même s'ils ressemblent à ceux de l'adulte, pourraient être l'expression d'une crise développementale sans valeur prédictive. Dans cette optique, les troubles s'amenderaient spontanément et ne représenteraient ni le début ni la poursuite du développement d'un processus morbide, notamment pour GARBER et coll. (25). Cette idée a été controversée très tôt par des études longitudinales ou rétrospectives, bien que les études sur le devenir des adolescents hospitalisés soient peu nombreuses. CARTER A. (10) trouve une évolution largement défavorable chez plus de 50% des adolescents et MASTERSON (43) et FARD (20) ont montré que la psychopathologie de l'adolescent ne pouvait être réduite à une crise transitoire, même si elle possède des caractères propres. L'incertitude quant à la nature et la signification réelle des troubles psychiques de l'adolescent a stimulé l'intérêt pour le diagnostic et sa prédictivité. La recherche de facteurs socio-démographiques pertinents et la mesure, à terme, de l'adaptation des patients dans divers domaines de leur vie, en corrélation avec leur diagnostic de départ, ont sans doute contribué à une plus grande rigueur diagnostique. Pour FARD (20), le sexe, la race, la situation dans la fratrie, l'anamnèse psychiatrique familiale, l'âge du début des troubles, la durée des symptômes avant la première prise en charge, l'abus de toxiques ou une tentative de suicide n'ont aucun caractère prédictif. En revanche, les symptômes psychotiques à la phase initiale sont de mauvais pronostics. Pour KING L.J. et PITTMAN G.D. (36), les diagnostics standards des adultes se révèlent fiables quant à leur valeur prédictive et ces auteurs mettent en doute l'utilité d'un système nosographique spécifique.

Spécificités des enjeux psychopathologiques à l'adolescence :

Il existe pendant cette période une communauté d'enjeux qui fait de cet âge une période critique à risque spécifique. Ces enjeux se situent dans la possibilité de voir ce qui est d'une vulnérabilité dans l'enfance faire place à l'adolescence et dans l'immédiate post-adolescence à des conduites pathogènes car susceptible de réorganiser la personnalité autour d'elles et de figer le sujet dans la répétition de ces conduites que l'on peut alors qualifier de pathologiques. Le caractère non plus seulement pathogène mais pathologique est lié à cette contrainte à répéter une conduite, qu'elle soit purement représentationnelle ou comportementale, malgré ses effets dommageables pour le sujet et/ou son environnement. Ce caractère contraignant d'une conduite et son pouvoir réorganisateur sur la personnalité de l'adolescent dépendent de deux ordres de paramètres :

- L'importance et la nature des facteurs de vulnérabilité mais aussi de protection ou de résilience qui appartiennent au passé du sujet : comme son hérédité, son histoire individuelle et familiale
- La conjecture dans laquelle se déroule l'adolescence qu'elle concerne l'environnement immédiat de l'adolescent ou le contexte social plus général, en lien aussi bien avec les événements qu'avec la qualité des réponses de l'environnement aux attentes explicites et implicites de l'adolescent.

P. JEAMMET et M. CORCOS (31) développent l'idée qu' « avec les adolescents, nous sommes en permanence placés à la frontière entre deux mondes. L'un est représenté par les adolescents qui ont en eux, au niveau de leur espace psychique interne, les ressources suffisantes pour gérer de façon relativement autonome leurs conflits, permettant des approches thérapeutiques individuelles et psychothérapiques. L'autre est fait de ces adolescents dont les difficultés ont essentiellement une expression comportementale, impliquant toujours l'entourage. Ils appellent au préalable l'établissement d'un cadre contenant susceptible d'apaiser leur conflit et de leur donner un sens, afin de permettre un éventuel travail psychothérapique ».

Pour P. JEAMMET (29), « c'est le poids de l'histoire du sujet, de son organisation interne telle qu'elle s'est élaborée pendant l'enfance, mais aussi de ses déterminants génétiques, qui vont conférer aux réponses de l'environnement toute leur importance. Le jeu des investissements et des contre-investissements ainsi que leur évolution ne dépend donc pas seulement des forces internes en présence, mais également de la nature des réponses apportées par cette réalité externe. Pour beaucoup d'adolescents, notamment ceux dont les symptômes relèvent du registre des troubles de la personnalité et du comportement, à organisation psychique comparable, peuvent correspondre à des évolutions totalement différentes. C'est souvent à l'adolescence que s'opère cette bascule dans un sens ou dans l'autre. Ce qui se passe à cet âge est susceptible de déterminer la façon dont un sujet va utiliser ses potentialités : soit dans un sens qui maintient suffisamment son estime de lui-même lui assure des possibilités satisfaisantes d'échange avec les autres ; soit au contraire dans une voie qui l'amène à développer des conduites négatives d'auto-sabotage de ses potentialités. L'orientation vers l'une ou l'autre de ses modalités dépend pour beaucoup de la nature des rencontres de l'adolescent avec le monde qui l'entoure et des personnes qui composent ce dernier. La réalité externe apparaît comme une médiation possible, susceptible de renforcer ou de désorganiser les structures de l'appareil psychique. »

Pour conclure :

Les pathologies propres à l'adolescence peuvent être comprises comme des pathologies de l'agir et du lien, révélant et entraînant tout à la fois d'importantes difficultés concernant le développement psycho-affectif. En tant que pathologies de l'agir, elles traduisent une défaillance du contenant psychique : la mise en acte court-circuite le travail d'élaboration

psychique. En tant que pathologies du lien, elles se développent par butée du processus de séparation/individuation inscrit dans le travail d'adolescence. L'adolescence conflictualise les liens de dépendance, en particulier aux objets primaires, et ce d'autant plus qu'il existe des carences narcissiques précoces. P. JEAMMET (32) a souligné les risques d'antagonisme narcissico-objetal qui peuvent en résulter, les besoins relationnels venant menacer le sentiment d'intégrité personnelle et les garanties concernant les limites du moi.

Comment soutenir chez ces jeunes une capacité de mettre en pensées et en mots ce qui est souffrance, impensable et indicible ?

Comment mettre en place et aménager la relation thérapeutique de façon qu'elle ne se pervertisse pas, avec les risques d'emprise et de rupture qui la caractérisent ?

Comment surtout situer le projet de soins comme une relance et un accompagnement de processus développementaux qui semblent bloqués ?

Comment dès lors imaginer et formaliser cette articulation des différentes modalités thérapeutiques et cette complémentarité ?

2°) L'outil de soin « hôpital de jour »

a) Hôpital de jour, fonctions et finalités

- **Petite touche d'histoire :**

En 1947, le professeur E. CAMERON, à l'institut psychiatrique de l'Allan Memorial Institute de Montréal fait, à la réunion annuelle de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA), à New York, une première communication consacrée à l'hôpital de jour. Les anglo-saxons distinguent alors le *day treatment center* (pôle thérapeutique : soigner quelqu'un) du *day care center* (pôle psychosocial : prendre soin de quelqu'un). A la suite de ces travaux, le Professeur M. DONGIER, de retour de Montréal, propose à un de ses élèves de créer un hôpital de jour psychiatrique à Liège. C'est l'opportunité de créer une structure pilote en Belgique qui s'appellera l'Hôpital de jour La Clé, projet qui peu à peu va s'élargir et s'étendre en France. L'hôpital de jour a pour finalité une activité de soutien et de réadaptation. Ces hospitalisations partielles organisent un soin intensif durant plusieurs heures à chaque venue, avec parfois une prise de repas sur place. Le concept de cet outils de soin a émergé lors de l'élan donné par la psychothérapie institutionnelle et la psychiatrie de secteur, toutes deux tournées vers un soin hors les murs, en assurant un cadre institutionnel suffisant avec comme objectif une continuité de soins entre l'ambulatoire et l'hospitalisation complète.

Le premier hôpital de jour spécifiquement destiné aux adolescents, le centre « Etienne Marcel », est ouvert par Thérèse TREMBLAY en 1961.

Après plus de cinquante ans d'existence, l'hôpital de jour reste un outil méconnu. Il est un objet bien curieux dans le paysage psychiatrique actuel. Il a été l'une des premières structures historiques du secteur au côté du CMP. Aujourd'hui, il existe sous des formes extrêmement

variées sur l'ensemble de son territoire, sans que l'on sache si cela est la marque de son succès ou le signe qu'il est dénaturé. C'est cette diversité qui en fait la richesse, mais aussi la limite, posant la question de la cohérence.

L'hôpital de jour reste-t-il un outil d'actualité dans l'offre de soins ? Quelles en sont les indications ? Qui accueille-t-on dans un hôpital de jour ? A quel moment se situe ce type de prise en charge dans ce type de modalité ? En amont de l'hospitalisation complète ou en aval ? Est-ce l'outil privilégié pour maintenir dans un lieu de vie naturel les patients ? Qu'en est-il du risque de chronicisation ?

- **Qu'est-ce qu'un hôpital de jour ? :**

Objectifs de l'hôpital de jour :

L'hôpital de jour est souvent considéré comme une alternative de l'hospitalisation temps plein. Pourtant il ne doit pas être considéré comme une solution de remplacement de l'hospitalisation classique. Il n'en serait alors qu'une déclinaison plus légère et surtout plus économique, argument d'importance par les temps qui courent. En réalité, l'hôpital de jour constitue une formule de soins à part entière. Il constitue la réponse adéquate dans un certain nombre de situations, et de ce fait en exclut d'autres.

Il est indiqué quand le retour au domicile chaque soir constitue un point d'appui à la dynamique de soins. Les contacts et les échanges seront autant d'opportunités à utiliser au niveau thérapeutique.

Que doit-être un hôpital de jour ?

Les soins doivent être polyvalents, intensifs. La polyvalence suggère des activités thérapeutiques centrées sur l'expression de la parole, la prise en compte du corps, des médias artistiques, culturels, mais aussi de méthodes de réhabilitation psycho-sociale. La notion d'intensité des soins suggère un temps de prise en charge limitée. La discontinuité des soins, consistant à offrir une alternance des soins et des temps de vie hors de la structure, est un des leviers en hôpital de jour.

Selon les termes d'une circulaire de la Direction de l'Hospitalisation et l'Organisation des Soins (DHOS) (12), le financement des places d'hôpital de jour identifie un temps d'accueil d'un quart d'heure, un temps de déjeuner ou de collation faisant partie intégrante de la prise en charge et des soins intensifs d'une durée de 2h30 par demi-journée, ainsi que 30 minutes consacrées à la coordination des professionnels. Pour les prises en charge collective, les tarifs sont calculés sur la base d'une prise en charge simultanée de 6 patients.

Il doit être d'un accès aisé, il se conçoit avant tout en dehors du site hospitalier temps plein. Il est le lieu de l'individualisation du soin institutionnel, pour un temps limité et pour une prise en charge spécifique. Un minimum de cadre institutionnel doit être préservé, car il participe à la dimension soignante du soin. La capacité d'accueil se situe dans une moyenne de 15 à 20

places, pour des durées de séjour de quelques semaines, renouvelables si nécessaire. Par principe, l'hôpital de jour n'est exclusif d'aucune pathologie, dès qu'il y a chez la personne l'autonomie suffisante et le consentement aux soins. L'hétérogénéité des pathologies reste un avantage. Enfin, l'institution doit demeurer attentive aux attentes des familles et des collectivités, pour mieux articuler les réalités psychiques des patients et les réalités sociales.

L'hôpital de jour ne doit pas avoir pour objectif de se situer en aval de la filière de soins psychiatriques mais en amont et être ouverts aux pathologies diverses et non seulement à ceux souffrants de psychose chronique. Pour C. PULL (52), « *ce qu'est un hôpital de jour dépend des patients qui y sont accueillis, des équipes qui y travaillent, des méthodes thérapeutiques qui y sont pratiquées, de la culture et des traditions dans lesquels ils baignent...* ».

Fonction de l'hôpital de jour

L'hôpital de jour combine la thérapie individuelle et la thérapie institutionnelle, les fonctions de contenance, de soutien, d'espace de parole symbolique et de médiation doivent permettre la régression symptomatologique et la restructuration psychique de l'individu.

L'hôpital de jour doit être un espace pour réfléchir aux processus de changement. Les trois piliers du soin sont le cadre, la permanence et la temporalité. L'interdisciplinarité permet de laisser à chaque sujet la position d'être face à chaque autre sujet qu'il croise ou rencontre.

La notion du rythme structurant de présence /absence est essentielle pour le fonctionnement psychique du patient, qu'il s'agisse de séances individuelles ou groupales. Le rythme induit par la fréquence des séances, par les week-ends, le retour à domicile est aussi important que la permanence du cadre, à l'image des oscillations entre la mère et son bébé selon certains auteurs comme M. FAIN (19).

Cet environnement thérapeutique, ce « milieu » pour reprendre le terme anglo-saxon, est marquée du sceau de la temporalité et de la permanence relationnelle et symbolique.

En hôpital de jour, le temps est géré et construit comme une dimension du soin. Elle est orchestrée par les soignants pour les patients sur une dimension individuelle et communautaire, à partir de repères temporels et d'une configuration architecturale qui va définir des espaces prives, tant pour les soignants que pour les soignés, et des espaces communs et communautaires. Cet espace est habité de relations plurielles et différenciées. Ce trépied espace-temps et relation compose l'environnement thérapeutique, le travail de milieu.

Quels sont les ingrédients stratégiques qui vont permettre au patient de s'aider, qui vont permettre aux patients de nous utiliser ? Le premier ingrédient est le quotidien. Le deuxième ingrédient est la part active du patient.

J. GUNDERSON (27), a conceptualisé le travail de milieu en cinq fonctions thérapeutiques qui consistent à organiser le quotidien comme un agent thérapeutique actif, à donner du sens à l'être avec et aux activités soignantes. Ces cinq fonctions sont la contention, la structuration, le soutien, la mobilisation et la validation.

La contention (première fonction) a pour objectif de renforcer les capacités de maîtrise du patient et permettre un processus thérapeutique. Leur apporter des limites sécurisantes au moment où ils ne sont plus en mesure de la faire. Actuellement, nous parlerons plutôt de contenance, terme qui met mieux en évidence le côté dynamique du processus. Pour ce faire, il faut des moyens humains et non-humains, en locaux, en personnel, en technique, concept et stratégie de soin. Il est indispensable pour les soignants, pour réaliser leur travail psychique de transformation, d'avoir des espaces dédiées à cet effet (notion de holding de WINNICOTT (62)). Il s'agit de donner des limites sécurisantes, de faciliter des expériences positives, d'éviter les empiètements, d'offrir un tissu relationnel et favoriser la différenciation.

La deuxième fonction est **la structuration**. Elle est constituée d'un trépied espace-temps - personne, son l'objectif est de rendre l'environnement moins vague et de régler la distance relationnelle. Le moyen d'y parvenir est une organisation prévisible du temps, de l'espace et de la personne, autrement dit, le patient doit savoir qui fait quoi, quand et pourquoi. Cette fonction thérapeutique se décline par des programmes journaliers de soins, par l'implication du patient dans l'élaboration et la réalisation de ces activités, par une certaine fermeté des soignants sans rigidité de leur part. Ces derniers assurent le programme de soins avec cohérence, continuité et fiabilité.

La troisième fonction est le **soutien**. L'objectif du soutien est d'augmenter l'estime de soi, de renforcer les assises narcissiques fragiles de nos patients. Le soutien permet une amélioration de la capacité de fonctionner en société, de faire des épreuves de réalité et finalement d'augmenter la tolérance l'égard de soi-même. Les moyens utilisés sont plus relationnels que techniques, il s'agit d'avoir un intérêt authentique pour le patient, de le respecter, d'établir une relation chaleureuse avec celui-ci.

La quatrième fonction est la **mobilisation** ou l'implication. Son objectif est d'utiliser et de renforcer l'ego du patient, de modifier ses chemins relationnels pour développer des "talents" sociaux. L'idée est d'augmenter le sentiment de compétence dans les relations et renforcer les assises narcissiques. Pour ce faire, il s'agit d'aider le patient à prendre part activement à son environnement, à avoir des interactions avec lui et reconnaître le sens de ces interactions. Il est évidemment question d'augmenter la responsabilité du patient, c'est-à-dire de le mettre au maximum en position d'acteur. La mobilisation se joue dans l'alliance thérapeutique avec la possibilité de pouvoir co-construire avec le patient son projet de soin, de l'impliquer dans des activités de groupe, d'avoir des buts communs, de participer à la vie communautaire.

La cinquième fonction est la **validation**. Il est question de valider la personne dans ce qu'elle est sans aucune pression pour modifier quoi que ce soit. Il est donc question de donner une quittance, d'affirmer la personnalité. C'est une fonction aussi hautement relationnelle.

Toutes ces fonctions doivent avoir les qualités winnicottiennes du holding, c'est-à-dire être suffisamment bonnes et bénéficier de fiabilité, continuité, cohérence et prévisibilité. En hôpital de jour, la **mobilisation**, l'**implication**, et le **soutien**, sont les fonctions principalement utilisées.

Le concert des activités soignantes (qui incluent activités structurées et non structurées de même que les activités avec les patients et les moments de retrait) n'est que le support du travail psychique des soignants dont l'objectif premier est le travail de transformation psychique. La créativité, au sens winnicottien du terme, y est omniprésente et à la phase d'exposition, de contact direct avec les patients, doit succéder une phase de retrait dans laquelle, pour reprendre la formulation de BION (5), la détoxication, la transformation d'éléments β en éléments α , la transformation des éléments archaïques projetés par les patients en éléments psychiquement acceptables sont réalisées et avec elles la recherche de sens autour des situations cliniques, des affects, du vécu en jeu afin de maintenir chez chaque soignant la capacité de penser et donc de travailler.

La variété des hôpitaux de jour témoigne de la complexité de ces institutions qui peuvent être utiles à de nombreux patients quels que soient leurs troubles mentaux, même s'il faut avoir conscience de leurs limites et de leur place dans les réseaux de soins. Chaque hôpital de jour ne peut en effet répondre qu'à un certain nombre de demandes en fonction de ce qu'il est, de son histoire, de la formation de ses thérapeutes, de la relation qui va devoir s'établir avec le demandeur mais aussi du désir des personnes qui le constituent.

L'hôpital de jour a remplacé les murs de l'asile par des personnes et sa grande spécificité est, pour citer P. LISIN et J. BERTRAND (39), « *de pouvoir offrir une authentique intimité relationnelle entre des patients parfois très perturbés et des thérapeutes en les amenant à vivre sur pied d'égalité et à se regarder vivre dans des activités où les plus habiles et les plus à l'aise ne sont pas nécessairement les thérapeutes* ». Permettre à des personnes qui ont perdu toute confiance en elles-mêmes, qui se sentent dévalorisées, exclues, marginalisées, de percevoir dans des actions concrètes combien il leur reste d'aptitudes, de savoir-faire et de possibilités de changement. Il suffit alors de donner sens à ce qui se vit et de l'intégrer dans l'histoire de la personne.

Le souci qui doit rester constant est d'offrir des prises en charge cohérentes. Nous devons constamment nous questionner sur le cadre adapté aux besoins de chaque patient, sur la manière dont la permanence institutionnelle peut le sécuriser et enfin, sur la durée adéquate du séjour afin que la prise en charge prenne et garde son sens.

- **Le cadre thérapeutique en hôpital de jour :**

Les fondements du cadre de soin :

« *Le soin est un processus. Or, il n'y a pas de processus qui puisse se dérouler dans le vide ou dans l'abstrait : là encore il faut un cadre* ». Pour P. RACAMIER (53), le cadre de soins se compose de six items: un lieu, des personnes, des temps et des rythmes, des seuils, des règles et un esprit.

Le lieu : « *Ce lieu, c'est le centre de soin : à la fois enveloppe et noyau* ».

Les personnes : « *Un ensemble organisé de personnes œuvrant de façon concertée dans un but de soin* ». L'équipe regroupe des fonctions (médecin directeur, psychiatre, psychologue, infirmiers, éducateurs, assistante sociale, secrétaire, ...) ainsi que des temps de travail différents. Nous entendons aussi les patients accueillis, qui présentent des troubles psychiques nécessitant un traitement institutionnel soutenu et dont les difficultés de symbolisation appellent à des médiations thérapeutiques.

Des temps et des rythmes : « *Ce qui est important dans la vie de l'organisme de soin, c'est que les temps y soient bien scandés,... Pour un organisme de soin, la régularité du rythme est un élément essentiel de son identité,...* ». Heure d'arrivée établie, parfois possibilité de prendre un petit-déjeuner, réunion d'accueil, ateliers à médiation thérapeutique (matin et après-midi), aux supports ainsi que suivant des modalités d'inscription diversifiées, temps de goûter et départ. A travers ces activités, les patients sont sollicités dans leur capacité créative, d'énonciation verbale ou écrite, dans leur rapport au corps et dans leur capacité à faire avec l'autre. La semaine est rythmée par des repères hebdomadaires tels le temps d'inscription dans les ateliers, les réunions communautaires, les temps d'entretiens individuels et familiaux.

Des seuils : « *Ce qui fait encore la forme et la force d'un cadre, ce sont les seuils: on y rentre et l'on en sort* ». Intégrer le centre de jour nécessite de passer par un processus d'accueil, à savoir : entretiens de préadmission, temps de rencontre avec la psychologue, temps d'accueil avec le référent, période d'essai définie de plusieurs semaines avec un entretien de bilan. Le projet thérapeutique s'élabore au terme de la période d'essai.

Les règles : « *Elles font parties intégrantes du cadre... elles sont inhérentes à l'enveloppe de l'organisme de soin : non seulement elles organisent, et non seulement elles balisent, mais encore elles entourent* ». Un règlement institutionnel, valable pour tous, et signé par le patient à son admission, interdit toute forme de violence, toute introduction et/ou consommation de produits tels alcool, cannabis, des manifestations d'intimité. On retrouve là les interdits majeurs. Il est spécifié dans ce document que le non-respect du règlement ou des règles de fonctionnement peut conduire à l'arrêt de la prise en charge.

Un esprit : « *C'est avant tout de l'intérêt pour la vie psychique allié à une attention pragmatique sans faille ; de la clairvoyance allée à de la méthode ; du courage pour regarder dans la psyché des patients ainsi que dans la sienne propre ; un souci de recherche allié au goût pour le plaisir du travail en commun* ». La prise en charge est centrée sur la mise en forme de leur problématique psychique et son élaboration dans ses dimensions individuelles et familiales. Elle vise à la relance des liens, le soutien aux investissements et des transformations suffisantes à la reprise de leur évolution personnelle. L'HDJ soutient un travail de réseau en termes d'échanges, de concertation quant au projet de soins et d'élaborations cliniques des situations avec les partenaires concernés.

Le cadre :

Tel que défini par CHAPEROT (11), « Le cadre consiste en l'ensemble des mesures et prescriptions qui établissent des limites aux comportements, de même qu'il consiste en la

matrice sensée favoriser l'élaboration psychique ou l'articulation au champ social ». R. KAES (31) qualifie le cadre de tiers organisateur de la vie psychique. Il est composé de :

- Le dispositif, ce sont les règles, le cadre imposé mais néanmoins nécessaire (horaires, activités, groupes de parole...). Mais ces activités ne sont qu'un prétexte à la rencontre, une boîte à outils accessible au patient à l'hôpital de jour. Comme le rappelait R. PANCHAUD (49) : « *Il ne faut pas imposer mais être à disposition* » et « *Les activités de la vie quotidienne, c'est du banal à fort potentiel humain et thérapeutique* ».

- Le réseau relationnel, lui, est créé par le patient. On ne sait pas où il va déposer quelque chose (choix de l'activité, choix d'être en activité ou en entre-deux, mais il doit s'inscrire).

On retrouve fréquemment deux outils incontournables de ce type de structure de soins, que sont le contrat et la charte, qui constituent véritablement les leviers du cadre thérapeutique. Le premier point d'appui du cadre est la charte, définissant un cadre général, elle reprend un ensemble de règles institutionnelles qui valent pour tous, à la façon de l'énonciation explicite d'un règlement. Elle est le fruit d'expériences passées, de mésaventures qui font désormais jurisprudence. La charte est affichée dans la plupart des endroits de passage. Elle sert de contrefort au contrat thérapeutique. En le signant, le patient s'engage à respecter la charte tout au long de son hospitalisation. Le deuxième point d'appui est le contrat, dont la pratique par écrit dépend du fonctionnement et de l'orientation spécifique de la structure. Ce contrat se doit d'être singulier et adapté à chaque patient, il reprend la charte ainsi que les objectifs et les modalités du soin (temps de présence, activités, scolarisation, référent, ...) spécifiques à chaque jeune.

- **Permanence et temporalité**

Dans la pratique, il n'y a pas de limite de temps définie au préalable, pas de durée déterminée. Mais le séjour est annoncé comme une transition, un passage, un temps intermédiaire, il n'est pas infini. L'hôpital de jour se situe entre un avant et un après. Un avant qui est souvent dans 2/3 des cas une hospitalisation et dans 1/3 des cas de l'ambulatoire (souvent une alternative à une hospitalisation complète). D'où la difficulté, quelquefois, de la sortie, de la fin du séjour. « *L'être humain est structurellement addictif* » nous dit P. JEAMMET (30), il peut aussi l'être à l'hôpital de jour.

La permanence se retrouve dans le rythme, la répétition des journées au « *quotidien* ». Des contacts téléphoniques ont souvent lieu, mais pas toujours, en cas d'absences. L'hôpital de jour, c'est aussi la discontinuité, l'alternance de présence / absence (journées/soirées ; semaines / week-ends ; temps partiels : de 1 à 5 jours par semaine ; activités / temps interstitiels, souvent appelés « *temps morts* » par les patients). C'est « *le jeu entre le dedans et le dehors* », selon P. JEAMMET (30).

b) Spécificités d'un hôpital de jour pour adolescents

Spécificités des soins à l'adolescence :

- Une des particularités du soin en pédopsychiatrie est qu'il s'adresse à des individus en évolution, singuliers par essence, ce qui implique une personnalisation, un ajustement de la réponse soignante au cas par cas. Chaque traitement proposé et effectué l'est en quelque sorte « sur mesure » et garde une originalité irréductible. Le cadre thérapeutique est nécessairement à « géométrie variable », selon l'expression de DUBOR (15). La créativité des différents membres de l'équipe est constamment sollicitée.
- Une autre spécificité est la dimension obligatoirement interrelationnelle de leurs troubles : quelle que soit la place attribuée à l'environnement dans la genèse et l'entretien de ceux-ci, l'entourage familial est impliqué, éprouvé, voire malmené. D'où l'intérêt si ce n'est la nécessité de veiller à lui offrir une place adéquate dans le traitement, bien au-delà d'un simple accompagnement.
- Une autre particularité est la limitation temporelle intrinsèque aux soins qui vont être prodigués. L'adolescence est par définition une période limitée dans le soin, générant par essence une certaine brièveté des soins auprès d'adolescents.

Le terme d'alternative à l'hospitalisation n'est probablement pas adapté en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Les réponses thérapeutiques n'ont pas été créées ni en réaction, ni en évitement à l'hospitalisation à temps complet. A cet âge spécifique, les formes thérapeutiques se doivent d'être souples et mobiles. L'hospitalisation à temps plein en pédopsychiatrie est aujourd'hui considérée comme une réponse exceptionnelle, correspondant à des périodes limitées dans le temps où l'adolescent nécessite d'être contenu, entouré et traité de manière intensive. C'est la massivité de sa désorganisation, mais peut-être surtout l'impossibilité d'y faire face au sein de l'entourage naturel qui l'imposent. Mais les dangers d'une hospitalisation, même si nécessaire et incontournable, sont présents, pouvant mettre en péril les liens de l'adolescent avec ses pairs, sa famille. Les hôpitaux de jours et CATTP ont cet intérêt d'être des prises en charges intensives qui évitent la désinsertion.

Objectifs d'un hôpital de jour pour adolescents :

L'objectif est de soutenir par un étayage institutionnel des adolescents souffrant de troubles psychiques pour leur permettre d'essayer de se réinscrire au niveau scolaire et/ou social. L'idée première n'est pas de faire le relai des hôpitaux de jour pour enfants ou autres unités du soir, de prendre la suite des prises en charge institutionnelles de jeunes souffrants de troubles du spectre autistique ou autres psychoses infantiles pour lesquels on devine la chronicité qui s'annonce de la prise en charge, mais d'avantage d'accompagner des adolescents qui trébuchent et pour lesquels le devenir est incertain mais en aucun cas fermé.

La finalité d'une prise en charge en hôpital de jour est de permettre un travail intensif tout en favorisant le maintien dans le milieu de vie habituel, l'adolescent reste dans sa famille, continue de fréquenter ses lieux de vie habituels. La prise en charge est centrée sur la mise en forme de leur problématique psychique et son élaboration dans ses dimensions individuelles et familiales. Elle vise pour ces adolescents la relance des liens, le soutien aux investissements et des transformations suffisantes à la reprise de leur évolution personnelle.

Les objectifs de la prise en charge peuvent varier selon les situations, cependant on retrouve d'une part des soins psychiatriques à travers des modalités diverses d'expression et d'élaboration visant à leur redonner confiance, à élargir le champ de leurs représentations et à les éclairer sur leur mode de fonctionnement, d'autres part, éventuellement une scolarisation adaptée visant à relancer les processus d'apprentissage et à construire un projet scolaire ou professionnel. La finalité est certainement de relancer un processus d'adolescence entravé par la pathologie mentale et d'accroître leur degré de liberté en leur permettant d'être sujets et acteurs de leur propre histoire.

Les repères et les règles présents dans le cadre institutionnel offrent aux jeunes, dans un grand nombre de cas, les outils pour retisser leur toile au sein des différentes sphères (familiales, sociales, scolaires, relationnelles, personnelles) auxquelles ils appartiennent, ébauche qui s'affinera avec l'aide du réseau. S. PEDULLA (50) en donne la métaphore suivante : « Un peu à l'image d'une toile d'araignée, solide et fragile, qui se file et se refile, le jeune continue son parcours en créant sa propre histoire ».

L'hôpital de jour pour adolescents induit une autre donnée, celle de la scolarité, avec l'idée de favoriser la reprise scolaire dans un cadre institutionnel.

Cette prise en charge à temps partiel permet aux patients de faire une liaison entre leur vie relationnelle à l'extérieur et celle à l'intérieur de l'hôpital de jour en préservant des espaces et du temps, pour investir les actions thérapeutiques proposées par l'hôpital de jour et vivre leur scolarité dans un projet globalisant, tout en maintenant un lien avec leur famille, et de construire un réseau social personnel.

Fonction

Selon R. MISES (44), la cure en institution comporte à la fois une dimension « éducative » et une dimension « psychothérapique ». L'hôpital de jour peut être abordé en référence à la conception heuristique de la transitionnalité issue de l'œuvre de Winnicott.

Citons B. PENOT (51) : « Une institution thérapeutique se proposant d'aider des jeunes à surmonter une difficulté se doit-elle avant tout de constituer non pas seulement un lieu de parole avec ses séances ou ses actes techniques, aussi fréquents soient-ils, mais un espace pour vivre ensemble et permettre la naissance d'un discours échangeable à partir de l'expérience vécue ensemble. Pour favoriser un tel avènement de la parole, une institution ne doit pas seulement partager des activités quotidiennes de vie ; elle doit en outre se faire le

support des déficiences de chaque cas, à partir précisément du transfert de celles-ci dans le milieu institutionnel. Une tâche essentielle de l'équipe est de reconnaître la reproduction dans l'institution de difficultés spécifiques de chacun des cas, leur réactualisation au travers du contact quotidien avec celui-ci ».

L'hôpital de jour joue alors différentes fonctions :

- **Une fonction tierce** : Une fonction qui vient rappeler la loi, qui vient soutenir un travail d'individuation, on parle de cadre externe de soin.

- **Une fonction d'aménagement de l'environnement** : P. JEAMMET (29) note « *une meilleure adaptation de la réponse du milieu est susceptible de les influencer cette fois-ci d'une façon positive. Cette dépendance est aussi ce qui fait qu'ils conservent une potentialité de changement, certes difficiles, longues et aléatoire et d'autant plus que cette potentialité est rendue particulièrement délicate à utiliser du fait de la puberté et de ce que cette dernière signifie de sexualisation des liens et de réveil des désirs et des peurs de rapproché* ». D'où l'importance du travail avec le réseau et de sa cohérence.

- **Une fonction de continuité** : permettre à ces adolescents de vivre une expérience de permanence du lien (dans le temps). Cette fonction de continuité leur permet d'avoir la possibilité d'intérioriser ce cadre (lien présence/absence).

L'homogénéité de l'ambiance, que s'efforce d'obtenir la coordination étroite entre les membres de l'équipe soignante, renforce le sentiment d'évoluer dans une société réduite plus cohérente, plus souple et plus compréhensive que le milieu naturel. Dans cette atmosphère, le jeune trouve l'opportunité de projeter ses problèmes sur des facteurs qu'il trouve dans l'unité : des problèmes d'image de soi conduisent souvent à une comparaison ou une identification avec un autre malade ; en cas de conflit familial, on observe fréquemment la reprojektion des fonctions parentales sur l'un des membres de l'équipe soignante. Ce large travail de reprojektions possibles permet plus facilement la réactualisation des problèmes anciens non résolus et la remise en question d'images que l'adolescent se fait de lui-même ou de certaines fonctions clés qui définissent le milieu ambiant. L'approche psychothérapique sur de telles bases pourra aider l'adolescent à remanier ses relations avec lui-même et avec autrui.

Le retour à la maison en fin de journée peut être utilisé à des fins thérapeutiques, en particulier le contact avec le milieu extérieur peut être centralisé sur certains problèmes et une recherche active de solutions. L'intervention thérapeutique crée une situation triangulaire entre l'adolescent, l'environnement et l'équipe soignante. L'HDJ donne à cette situation triangulaire une opportunité d'action beaucoup plus grande que dans tout autre type d'abord thérapeutique des problématiques de l'adolescence.

En outre, on observe souvent l'établissement de relations entre les patients, hors du cadre thérapeutique, ce qui représente une transition vers l'intégration sociale.

Indications :

L'hôpital de jour est destiné aux adolescents âgés entre 13 et 18 ans, présentant des pathologies de type psychoses, troubles de l'humeur, refus scolaires, troubles des conduites et de la personnalité. On retrouve donc une hétérogénéité des modes de fonctionnement mental, une organisation psychopathologique en mosaïque.

D'un point de vue plus clinique, l'hôpital de jour est destiné aux jeunes qui présentent des troubles psychiques nécessitant un traitement institutionnel soutenu et dont les difficultés de symbolisation appellent à des médiations thérapeutiques.

On peut résumer l'indication d'hôpital de jour selon un double curseur (le niveau de chacun étant en proportion variable) :

- Le débordement des capacités psychiques du jeune (suivi ambulatoire psychothérapique insuffisant)
- Le débordement de l'entourage.

L'hôpital de jour apparaît notamment indiqué quand la relation duelle n'est pas possible, le sujet ne pouvant à la fois contenir et mobiliser suffisamment ses conflits au niveau de son espace psychique interne, par l'adjonction d'un cadre externe de soin, notamment un support thérapeutique institutionnel à temps partiel. Les indications thérapeutiques ne sont plus posées en fonction des seuls critères symptomatiques ou de la maladie, mais suivant le degré d'efficacité de l'appareil psychique du patient et le caractère plus ou moins étayant et contenant de l'environnement.

Selon A. HAIM (28), l'HDJ est « destiné aux enfants et adolescents présentant des troubles évolutifs de la personnalité. Ces troubles sont présumés curables, c'est-à-dire susceptibles d'être infléchis par les techniques thérapeutiques, tout en étant suffisamment importants pour justifier le recours à un tel équipement ». Les patients accueillis en HDJ présentent deux à trois éléments en commun : la gravité de leur pathologie, l'autonomie suffisante et éventuellement la potentialité de poursuite scolaire.

Pour J. AZOULAY (3), « l'indication de la prise en soins en Hôpital de Jour est souvent le débordement du psychisme de l'enfant dans le réel du milieu éducatif ».

En pratique, l'hôpital de jour est destiné à accueillir :

- des adolescents pour lesquels un suivi en consultation s'avère insuffisamment contenant
- des adolescents repliés chez eux, en rupture avec leur environnement scolaire et social
- des adolescents qui ont été hospitalisés dans les services de Psychiatrie Temps plein (pour adolescents ou adultes)
- des jeunes ayant reçu des soins durant leur enfance en hôpital de jour ou en CATTP

Contre-indications :

Les contre-indications sont : soit d'ordre pratique, en fonction de l'éloignement du domicile, des difficultés de transport mais aussi du fait de l'absence de domiciliation assurée (foyer d'accueil d'urgence notamment, ne permettant pas d'investissement des équipes éducatives). ; soit que la profondeur des troubles ne rendent impossible la sortie du malade du cadre hospitalier ; soit que la constellation familiale ne rende la présence du jeune à la maison le soir, menaçante pour la cellule familiale ou trop traumatisante pour le malade.

L'hôpital de jour est particulièrement indiqué pour des adolescents à potentiel intellectuel au moins moyen, dont la décompensation relève avant tout de facteurs ambiants, et qui s'avèrent prêts à coopérer au traitement. Les contre-indications qu'on relève fréquemment sont donc : trouble majeur de la communication, ou retard mental très prégnant et conduites délictueuses.

Modalités particulières:

- *Travail en équipe pluridisciplinaire large*, pouvant inclure éducateurs, psychomotricien, orthophoniste, art-thérapeute. L'équipe multidisciplinaire assure une disponibilité permanente d'un tiers médiateur, permet une diffraction de l'investissement et aide au travail de séparation, différenciation, individuation.

- *Travail de groupe (groupes thérapeutiques)* : Le groupe est particulièrement mobilisateur dans la période de l'adolescence et constitue un ingrédient essentiel des soins psychiatriques. Souvent les entrées et les sorties sont incessantes et les groupes ne sont pas stables et ce turn-over amène de la différence dans la répétition. Selon S. PEDULLA (50), « la prodigieuse fécondité des groupes se manifeste au quotidien en ce que les adolescents gardent des groupes l'intimité d'un espace relationnel à eux, et en même temps se réfèrent aux avis des autres jeunes pour argumenter, discuter, ou simplement parler ».

- *Travail en réseau* : importance de la mise en place de dispositifs en réseau permettant l'articulation des différentes modalités de prise en charge (mesures éducatives et sociales, hospitalisation,...)

- *Travail avec les familles ou substituts parentaux* : ce travail vise à créer les conditions au minimum d'une mobilisation parentale et d'une collaboration dans l'organisation des soins, au plus celles d'une aide effective. La relation aux parents lors du premier entretien de pré-admission amplifie le potentiel du travail relationnel de l'équipe soignante. L'action auprès des familles s'oriente sur différents axes : chercher la collaboration des parents dans un cadre de reconnaissance du rôle soignant de la structure ; inviter les parents à participer activement au projet de soin ; favoriser le rétablissement d'un nouvel équilibre relationnel interfamilial.

- *Place à donner à la scolarité* : L'école joue un rôle central dans la vie de tout adolescent, en tant que partie intégrante essentielle dans cette phase de vie. L'école représente d'un côté un lieu de rencontre et de contact avec des pairs et de l'autre le lieu de préparation vers une autonomisation et intégration socio-professionnelle. C'est aussi un excellent indicateur, qui

permet une évaluation plus concrète des patients et aide à mieux prévoir le séjour et le projet de sortie.

Spécificités de la demande :

Reconnaître, formuler la demande de soins constitue souvent la première étape du processus thérapeutique, dans une acceptation de la réalité des difficultés relationnelles, comportementales, ...

Il est loin le temps où la règle était d'attendre la demande du jeune avec le risque de le voir se dégrader davantage.

Certaines équipes fonctionnent avec un auto-questionnaire d'évaluation de ses ressources et difficultés permettant de définir avec le patient, ensemble les objectifs à atteindre. Ceux-ci peuvent être très divers selon la nature des difficultés du jeune : améliorer la planification, l'organisation, la capacité à prendre la parole lors du tour de table et à expliquer ce que l'on fait, améliorer l'autonomie, pouvoir aller jusqu'au bout d'un projet sans se décourager, pouvoir imaginer des alternatives face à une difficulté, pouvoir gérer la frustration quand tout ne va pas comme prévu, ... La capacité à réaliser de manière autonome un projet à long terme correspond bien souvent au stade où l'adolescent est prêt à quitter l'hôpital de jour et à retrouver un circuit ordinaire.

Comme le souligne D. ROQUEFORT (54), notre position « consiste moins à être « un vis-à-vis » du jeune que celui qui l'accompagne, le soutient, l'encourage dans sa demande », à partir d'un lien qui use du langage, c'est-à-dire de la demande.

Cadre :

La question du cadre est au centre de notre action à l'hôpital de jour pour adolescents : c'est le rapport aux limites, à la question identitaire bien sûr, mais c'est aussi le contexte de prise en charge, ses modalités et sa durée pour des adolescents dont les problématiques sont souvent hétérogènes. Le cadre doit rester malléable. Il se conjugue au pluriel pour assurer une certaine cohésion groupale.

Notre action se joue alors dans une articulation entre le(s) cadre(s) et la permanence, d'une part, et la temporalité de la prise en charge, de l'autre. Nous sommes souvent confrontés au fait de « manier » le cadre. Le cadre de notre action consiste à conjuguer, « en permanence », la limite (rester dans le cadre, favoriser une certaine sécurité psychique) au contexte (le projet thérapeutique, quitter l'institution, « sortir » du cadre, les échéances développementales).

Le cadre en lui-même ne trouve son utilité, un rôle, une fonction que s'il y a un intérieur qui va a fortiori délimiter un extérieur. . Le cadre, ce n'est donc pas que la limite, c'est aussi le contexte. Cet outil, instauré par l'institution au service de la clinique, n'existe-t-il pas pour être bousculé? Il est installé pour être à la fois bousculé et respecté. Les patients qui ne le

questionnent jamais, qui y deviennent presque invisible et arrivent à s'en faire oublier demandent aussi une large attention clinique.

Si le cadre est présent pour être éprouvé (dans les limites de contenance de l'institution), certains jeunes semblent s'en être saisis et par là reconnaître en avoir besoin. P. JEAMMET (32) note justement ce paradoxe tel qu'il est vécu par l'adolescent : *« Ce dont j'ai besoin pour être autonome, cette force qui me manque, parce que j'en ai besoin, à la mesure de ce besoin qui me pousse à aller la chercher auprès des adultes supposés l'avoir, c'est ce qui menace mon autonomie »*, en résumé : *« ce dont j'ai besoin est ce qui me menace »*. Pas étonnant que ce cadre soit éprouvé quand le jeune reste comme le souligne P. JEAMMET *« prisonnier de ce paradoxe »*.

La spécificité de notre action ne serait-elle pas alors dans une articulation entre le(s) cadre(s) et sa permanence, d'une part, et la temporalité de la prise en charge, de l'autre part. Le rapport au cadre en dit long sur le fonctionnement psychique et le rapport qu'il entretient avec les pathologies de la limite et de la dépendance. Le jeune a-t-il pu rentrer dans le cadre de soins (y-a-t-il une seule façon?) et de quelle façon celui-ci a pu venir le limiter, le soutenir et lui ouvrir des perspectives ?

Difficultés de prise en charge et d'adhésion aux soins, intrinsèquement liées à la population accueillie :

Pour la plupart des jeunes, il y a un temps d'observation, d'appropriation nécessaire. On se jauge avant d'entreprendre quelque chose ; on laisse à la confiance le temps de s'installer. Mais parfois, ce lien de confiance, cette sécurité semble impossible à installer. Il s'agit alors de travailler contre la rupture, vers l'amont et l'anamnèse de l'adolescent, vers l'aval et la trajectoire thérapeutique potentielle.

La rencontre avec la psychiatrie suscite un ensemble d'attentes et de craintes qui constituent à la fois un moteur et un obstacle. Leurs modalités d'investissements peuvent être susceptibles de donner lieu à des refus ou des ruptures de la relation et donc du traitement. La question du maniement et de la maîtrise de la distance est essentielle, pour permettre de créer des liens psychiques supportables.

Cette difficulté possible d'inscription dans les soins est à replacer dans le contexte où l'objectif de l'hôpital de jour est d'accueillir des personnes qui, du fait d'une problématique psychique, expriment un défaut d'inscription au monde tel qu'ils n'y trouvent pas leur place, qu'ils se situent hors des normes sociales et qu'ils en souffrent.

Pour certains, le non-investissement à l'activité sera le seul mode d'expression. La désaffection du jeune d'une part, ou une hyperactivité essoufflante sont des écueils considérables. Les variables personnelles des intervenants, l'ambiance institutionnelle peuvent donc conduire à une souplesse qui allie désirs des soignants et vie d'un groupe.

Il arrive souvent de travailler avec des adolescents glissant dans la rencontre, par évitement, par glissement de la pensée. Un nombre élevé de ces adolescents s'effondrent très vite sur le plan narcissique quand ils sont dans un groupe et face à une difficulté. Du coup, ils donnent autre chose à voir. Ils ne peuvent se soumettre à l'injonction, il est très difficile de les cadrer, ils nous poussent beaucoup à réagir, il faut toujours répéter. L'équipe est alors fréquemment au bord du rejet, de l'exclusion. Le séjour est parfois ponctué par des interruptions de la prise en charge pour la journée voire quelques jours en lien avec les passages à l'acte. Les temps d'échanges les plus productifs se situent parfois lors de moments de recadrage suite à des passages à l'acte. Au moment où se construit l'aménagement de la sortie, l'adolescent va parfois déconstruire ce qui se met en place, il s'absente, à l'hôpital de jour comme à l'extérieur. La sortie n'est alors pas des plus linéaires. Certaines fois le jeune nous accule, de par ses nombreux passages à l'acte (absentéisme important), à interrompre son séjour un temps limite. Le temps de réfléchir en équipe à la suite du travail ou non avec lui. Au vu de son refus de poursuivre la prise en charge, on décide alors parfois de l'interrompre tout en passant le relai à nos partenaires.

En regardant leur parcours de soin à posteriori, on peut constater à quel point ces adolescents sollicitent le cadre de soin essentiellement sur un versant limitant. Il nous semble que ce qui fait soin pour ces jeunes c'est la capacité du cadre de soins à limiter les pulsions, à border la jouissance. Le cadre de certaines activités est alors adapté, réadapté. Certains intervenants vont assouplir leur cadre, d'autres le resserrer, voire le rigidifier. Certains plus transigeant, d'autres plus intransigeants. Il est alors essentiel d'être vigilant en équipe au clivage qui pourrait s'instituer, ce qui donne tout son poids aux réunions et supervisions. Il est intéressant de noter la difficulté de pouvoir se remettre en cause dans notre pratique au quotidien, alors que c'est ce que nous demandons régulièrement aux jeunes. L'analyse de ces impasses peut nous éclairer sur les limites de notre cadre, et éventuellement nous aider à les dépasser.

Quelles peuvent être aussi nos capacités de contenance vis à vis de ces patients qui malmènent trop ce cadre, qui sont en quasi-permanence hors de celui-ci ? Certaines situations aboutissent à des ruptures prématurées, à des redéfinitions de la prise en charge ; l'institution a aussi ses limites.

Les adolescents accueillis présentent de plus en plus souvent des défaillances narcissiques, des failles identitaires avec ou sans trouble du comportement. Ce qui oblige à conjuguer un travail éducatif avec notre conception du travail thérapeutique...

La position des parents peut parfois jouer dans ces difficultés de prise en charge. Les désirs profonds des parents, le plus souvent méconnus, sont susceptibles de guider leurs contre-attitudes, de faciliter ou non les résistances de l'adolescent et de créer des complicités d'autant plus efficaces, qu'elles sont plus cachées. D'où la nécessité de faire comprendre aux parents l'utilité de la prise en charge et ses modalités.

Fin de la prise en charge :

Certaines équipes ont rompu avec la pratique traditionnelle posant comme principe que les adolescents que les adolescents devaient quitter l'hôpital de jour brutalement plutôt que progressivement, et proposent des sorties progressives en général sur quelques semaines, associées à des entrées à temps partiel dans des lieux relais.

La question des durées de séjour doit être au cœur de nos préoccupations et débattue au cours des réunions d'équipes. Colmater la discontinuité de leur enveloppe est un des objectifs de la prise en charge. En introduisant des limites, aussi bien spatiales que temporelles, dans les aménagements du cadre thérapeutique, nous assurons une fonction de contenance auxiliaire qu'ils pourront progressivement intérioriser.

La mise en perspective d'une fin, dont la date est fixée et communiquée aux patients, est susceptible d'accélérer le processus thérapeutique, de susciter le changement et de faire tomber les résistances, date qui ne doit pas être fixée de façon arbitraire mais bien en synergie avec l'évolution du patient.

La façon d'aménager les limites temporelles doit être adaptée en fonction de la psychopathologie et de la structure de personnalité du patient. Chez un jeune inhibé ou dans l'incapacité d'investir un projet pourtant adéquat en raison d'une problématique sous-jacente de type névrotique ou pré-névrotique, la fixation d'un terme prend dès lors une valeur mobilisatrice. Chez les états-limites, cela permet de travailler dès le début de la prise en charge sur les angoisses de séparation. Elle doit cependant être maniée avec précautions suscitant fréquemment des agirs chez les patients, spécialement dans la période précédant le terme ; mais un cadre clairement énoncé et solide dans son application permet d'interpréter ces agirs. La mise en place d'un tel cadre évite également les terminaisons prématurées, décidées par l'équipe à un moment où le jeune commence à échapper au traitement. Quant aux jeunes fonctionnant sur un mode psychotique, la perspective d'un traitement au long cours qui se profile fréquemment ne doit pas nous faire l'économie de poser des repères temporels, de viser des changements si minimes soient-ils et de construire des objectifs. Il est nécessaire de veiller particulièrement à assurer une continuité et aménager avec un soin particulier les passages d'une structure à une autre.

La délimitation dans le temps de la prise en charge oblige les thérapeutes et tous les membres de l'équipe soignante à faire le deuil d'un traitement complet et à laisser tomber leurs fantasmes de perfection et de guérison. Elle permet en revanche d'éviter certains agirs contre-transférentiels au sein d'une équipe qui, en l'absence de terme déterminé à l'avance, risquerait de mettre fin à une prise en charge sur le coup d'un agacement ou d'un découragement.

EN RESUME : **Le projet de soins :**

La structure de soins doit donc se préparer à faire l'accueil de chaque patient en lui proposant un projet de base (susceptible de modifications pendant le séjour) qui considère au moins les aspects suivants :

- Assurer un travail relationnel dans la continuité avec le patient et son milieu naturel. Faire comprendre que l'HDJ « représente un lieu et des personnes à investir qui permettent un jeu de réglage de distance dans la relation montrant que la séparation n'est pas forcément destructrice, ni la relation obligatoirement aliénante. La diversité des soignants permet de répartir les manifestations transférentielles et rend moins dangereuse la reprise relationnelle » NEZELOF et coll. (45).
- Offrir un cadre d'étayage à l'aide d'actions thérapeutiques individuelles ou groupales, visant la maturité et le développement de la personnalité, la restauration progressive de l'image.
- Orienter le projet de soins et de scolarité vers une lutte contre la marginalisation
- Offrir des espaces et du temps de verbalisation individuel
- Stimuler la vie de groupe médiatisée par les activités d'expression, des ateliers ou encore des jeux
- Pouvoir proposer une dimension pédagogique : la scolarité est investie comme un facteur de réussite donc de confrontation socio-familiale et de structuration narcissique.

ANNEXE 3 : MATERIEL ET METHODE

A. Pourquoi le choix de cette méthodologie ? Quelques explications :

Ce travail peut sembler superficiel dans la mesure où il ne s'appuie pas sur des questionnaires standardisés et autres échelles diagnostiques (permettant d'évaluer plus objectivement l'état clinique du patient) mais il faut garder en tête qu'il ne s'agit que d'un travail préliminaire dont l'idée est d'orienter de futures études prospectives, où la reprise de contact à distance sera fixée d'emblée (avec un temps de recul fixe préalablement défini) et travaillée avec les patients, avec notamment un questionnaire de sortie. Ce travail a été réalisé avec les moyens limités dont nous disposions et les faiblesses méthodologiques inhérentes au protocole d'étude établi dont nous étions conscients d'emblée. Nous avons décidé de choisir une méthodologie qui permettrait d'avoir la cohorte la plus large possible et d'essayer de réduire au minimum le taux de perdus de vue, ainsi de :

- Fixer des critères d'inclusions larges afin d'obtenir une cohorte suffisante pour qu'elle soit représentative et permettre la réalisation de tests statistiques, ce qui implique une dispersion du temps de recul mais aussi des âges relativement disparates, tous ces jeunes étant adultes aux yeux de la loi, mais allant en réalité de la post-adolescence à l'âge adulte.
- Multiplier les sources d'informations, récupérer les informations au maximum auprès des jeunes mais par défaut s'adresser également aux familles, aux intervenants et le cas échéant, se contenter des dossiers médicaux.
- Définir un questionnaire simple, relativement court, qui ne soit pas trop intrusif notamment sur le plan psychopathologique, afin à la fois de ne pas être trop exigeant en temps pour favoriser le taux de réponse, d'éviter que les entretiens téléphoniques ne soient interrompus et que les réponses aux questionnaires ne soient incomplètes, mais également d'éviter de réactiver une symptomatologie latente chez une population qui peut présenter des troubles lourds/possiblement porteuse de troubles lourds, en particulier psychotiques.

Le questionnaire était voulu comme peu intrusif (comme une simple prise de nouvelles, sans caractère trop médical) et ne serait pas poussé sur le plan psychopathologique compte-tenu qu'il n'était pas possible de connaître au préalable l'état clinique du patient et donc de présumer du risque de réactivation d'une symptomatologie latente ou bien présente, avec risque d'engendrer un vécu d'intrusion ou de persécution pour certains patients pouvant leur être délétère. D'un point de vue éthique, il ne nous semblait pas possible de mettre en place un protocole plus lourd sans tenir compte au préalable de l'état clinique du patient, étant donné la possible lourdeur des troubles présentés. Un numéro de téléphone était laissé pour nous recontacter ultérieurement si besoin. La durée de l'entretien était toujours adaptée au contenu de l'entretien, et à ce qu'il nous laissait percevoir de l'état clinique du jeune ou bien des réactions de la famille autour de cette démarche.

B. Modèle de courrier adressé aux jeunes

Grenoble, Mars 2012

Bonjour,

Vous êtes peut-être surpris de recevoir un courrier de l'Hôpital de Jour pour Adolescents où vous avez été suivi il y a quelques années.

L'Hôpital de Jour pour Adolescents effectue actuellement une évaluation de son activité dans le but d'améliorer les soins proposés, et s'intéresse en particulier au devenir des jeunes que notre équipe a été amenée à accompagner pendant ce temps de prise en charge.

L'Hôpital de Jour a souvent déménagé et se trouve actuellement avec l'Antenne Adolescents, dans la Maison des Adolescents, 74 rue des alliés à GRENOBLE. Un grand nombre de professionnels que vous avez pu connaître y travaillent toujours.

Nous aimerions avoir de vos nouvelles et éventuellement connaître vos commentaires sur l'hôpital de jour avec quelques années de recul, ceci nous permettrait de mieux adapter les prises en charge pour les adolescents qui y sont actuellement.

Accepteriez-vous de répondre à quelques questions simples et rapides qui vous seront posées par le référent ou le médecin que vous connaissiez ?

*Nous vous remercions par avance de bien vouloir nous apporter votre aide. Pour cela, pouvez-vous prendre contact avec l'équipe de l'Hôpital de Jour au 04.56.58.82.04 et nous communiquer vos **coordonnées téléphoniques et le créneau horaire sur lequel nous pourrions vous recontacter**, avec votre référent.*

En vous remerciant par avance de bien vouloir nous apporter votre collaboration et effectuer cette démarche, recevez l'expression de nos meilleures salutations.

Nom du médecin référent lors de la prise en charge en HDJ

Nom de l'infirmier référent lors de la prise en charge en HDJ

Melle Marie Delahaye, Interne de spécialité

C. Modèle de courrier adressé aux familles

Grenoble, Mars 2012

Madame, Monsieur,

L'Hôpital de Jour pour Adolescents où votre enfant a été suivi à Grenoble, il y a quelques années, effectue actuellement une évaluation de son activité dans le but d'améliorer les soins proposés et s'adapter au mieux au patient et à sa famille, et s'intéresse en particulier au devenir des jeunes que notre équipe a été amenée à accompagner pendant ce temps de prise en charge.

Dans ce cadre, nous aimerions avoir des nouvelles de votre enfant, probablement adulte aujourd'hui, et éventuellement connaître votre point de vue sur la prise en charge qu'il a eue avec l'Hôpital de Jour. Pourriez-vous transmettre cette demande à votre enfant ou nous contacter directement ?

Nous vous remercions par avance de bien vouloir nous apporter votre aide en transmettant cette demande à votre enfant ou en prenant contact vous-même avec l'Hôpital de Jour au 04.56.58.82.04 pour nous communiquer vos coordonnées téléphoniques et le créneau horaire sur lequel nous pourrions vous recontacter, avec l'infirmier référent de votre enfant, pour répondre à quelques questions simples et rapides. En l'absence de réponse de votre part, nous nous permettrons de vous solliciter par téléphone afin de connaître votre position et savoir s'il s'agit d'un refus volontaire ou non de contribuer à ce travail d'évaluation.

En vous remerciant par avance de bien vouloir nous apporter votre collaboration et effectuer cette démarche, recevez l'expression de nos meilleures salutations.

Nom du médecin référent lors de la prise en charge en HDJ

Nom de l'infirmier référent lors de la prise en charge en HDJ

Mlle Marie Delahaye, Interne de spécialité

D. Questionnaire utilisé lors de l'étude catamnestique :

QUESTIONNAIRE pour adolescents sortis de l'HDJ-Adolescents du CHAI

THESE Marie DELAHAYE 2012

Nom de l'adolescent :

Tel avec l'adolescent ? Date, Avec qui ?

.....

Tel avec les parents ? Date, Avec qui ?

.....

Entretien téléphonique avec le jeune (ou à défaut les parents si réelle impossibilité de prendre contact avec le jeune) réalisé si possible avec l'infirmier référent ou le médecin référent, structuré par ce questionnaire, le questionnaire étant rempli au cours ou à l'issue de l'entretien téléphonique.

Privilégier le recueil d'informations concernant la SITUATION ACTUELLE du patient (sauf l'item concernant les hospitalisations)

Possibilité de cocher plusieurs items par question (en précisant bien alors s'il s'agit de la situation ACTUELLE ou PASSEE)

Page destinée au suivi de la fiche et aux commentaires personnels ou autres

1°) Concernant la santé et le suivi psychiatrique, socio-éducatif après l'HDJ

1-1 Suivi médical psychiatrique actuel ?

Rupture de soins totale (0)/ Suivi aléatoire (1)/ Suivi sous contrainte (2)/ Suivi régulier volontaire(3)

Lieu du suivi, si possible : CMP / Libéral / Autre

1-2 Suivi psychologique actuel ?

Suivi psychologique seul (0) ou en parallèle du psychiatre (1) ?

Lieu du suivi, si possible : CMP / Libéral / Autre

1-3 Prise en charge en HDJ ou en CATTP actuelle: Non(0)/Oui(1) ou passée: Non(0)/Oui(1)

1-4 Traitement médicamenteux psychotrope en cours :

Pas de traitement prescrit (0)/ Traitement prescrit mais non suivi (1)/ Traitement prescrit avec une bonne observance (2)

Nom du traitement, si possible :

1-5 Hospitalisation(s) en service psychiatrique (en cours ou passées, à préciser) :

Pas d'hospitalisation (0)/ Hospitalisation sous contrainte (préciser SDT/HDT, SDRE/HO si possible) (1)/ Hospitalisation libre (2)

Année(s) si possible : ...

1-6 Diagnostic révélé au patient ou à sa famille ?

Est-ce que le médecin ou l'équipe de soins qui vous suit a parlé d'un diagnostic ? Non (0)/ Oui (1)

Evoquez-vous un nom, un diagnostic pour qualifier les difficultés que vous pouvez traverser ?....

1-7 Pathologie somatique lourde intercurrente ? : Non (0)/ Oui (1), Préciser si possible :

1-8 Suivi socio-éducatif et judiciaire : Non (0)

- Social (1) : Avec qui, combien de temps ?

- Educatif (2) : Avec qui, combien de temps ?....

- Judiciaire (3) (coter si incarcération même ancienne dans l'intervalle) : Avec qui, combien de temps ?

2°) Concernant le mode de vie, l'autonomie :

Situation ACTUELLE = « photographie »

2-1 Hébergement :

SDF (0)/ Famille (1)/ Logement autonome (2)/ Foyer-Institution (3)/ Hôpital (4)/Incarcération (5)/ Autres (préciser)

2-2 Revenus :

Sans ressource (0)/ Aide des parents (1)/ AAH (2)/ RSA-ASSEDIC (3)/ Salaire (4)

2-3 Mesure de protection des biens :

Tutelle (0)/ Curatelle (1)/ Non (2)

2-4 Situation personnelle :

- Statut marital : Célibataire (0) / Relation stable (1) / Marié, PACSE (2) / Divorcé (3)
- Enfants : Non (0) / Oui (1) : Si oui : Nombre d'enfants, âge ?
- Relations avec la famille : Pas de contact avec la famille (0) / irréguliers (1) / Bons contacts (2)
- Commentaires éventuels :

2-5 Situation professionnelle :

- Scolarité : Poursuite ou reprise scolarité après HDJ ? (Non (0)/ Oui (1)) : Si Oui, quel type de scolarité, jusqu'où ?
- Formation professionnelle : Non (0)/ Oui (1) : Si Oui, quelle formation ?
- Activité professionnelle : Sans, n'a jamais travaillé (0)/Chômage(1)/ESAT, poste protégé(2)/Emploi en milieu ordinaire (3)

3°) Concernant le <u>vécu</u> du suivi à l'HDJ : Parole donnée aux anciens patients
--

* Quel **regard** portez-vous sur la prise en charge en HDJ?

- *Regard du patient (Regard Négatif (0) / Neutre(1) / Positif(2))*
- *Regard de la famille (Regard Négatif(0) / Neutre(1) / Positif(2))*

* Quels souvenirs gardez-vous de la prise en charge ?

* Qu'est-ce qui a pu vous marquer pendant la prise en charge ou à l'arrêt ?

* Avez-vous eu le sentiment que cette prise en charge vous a aidé ? Si oui, sur quels points ?

ANNEXE 4 : RESULTATS

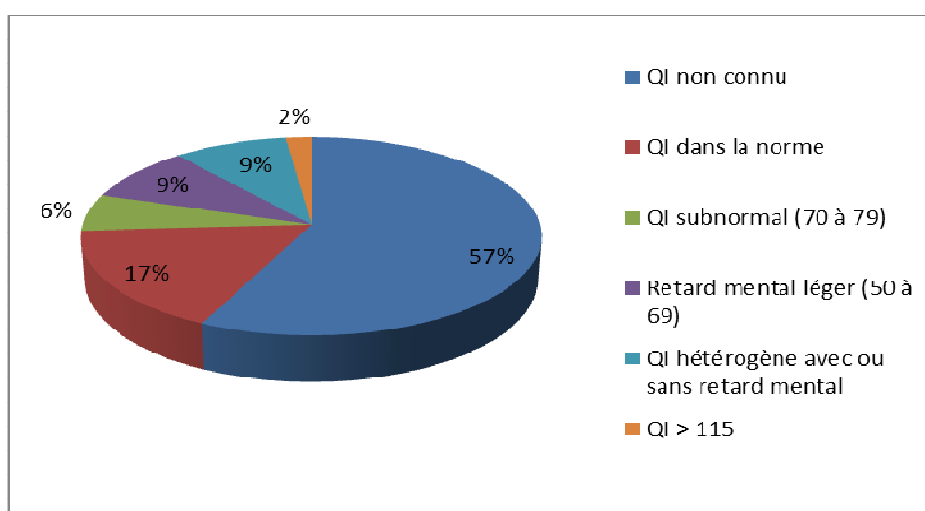
A. Résultats détaillés non présentés dans la thèse

1. DONNEES RETROSPECTIVES

Données cliniques :

*** Tests évaluant le quotient intellectuel (QI):**

Dans une perspective globale de prise en charge, la passation d'épreuves psychologiques parmi lesquelles la réalisation d'un test de quotient intellectuel selon l'épreuve du WISC est souvent nécessaire, quand on vient à suspecter qu'une possible inhomogénéité intellectuelle vient participer au trouble. Ce test ne fait cependant pas partie du bilan standard malgré son intérêt, certainement parce que les troubles narcissiques dont souffrent de nombreux adolescents pris en charge en HDJ entraînent une inhibition souvent massive et ne permettent pas des résultats optimaux. Seulement 43 patients ont bénéficié d'un test de QI, retrouvant un QI dans la norme pour 17 d'entre eux, subnormal (entre 70 et 79) pour 8, un retard mental léger (50 à 69) pour 10, un résultat hétérogène (écart de 20 points entre QIV et QIP) pour 9, supérieur à 100 pour 2, avec toutes les réserves que nécessite la prise en compte de ces valeurs chiffrées. La proportion importante de déficience est certainement artificiellement majorée du fait que l'indication des tests est bien souvent posée quand on suspecte l'existence d'un retard mental, et les tests non réalisés si l'on ne suspecte pas de déficience.



Scores de Quotient Intellectuel retrouvés dans les dossiers

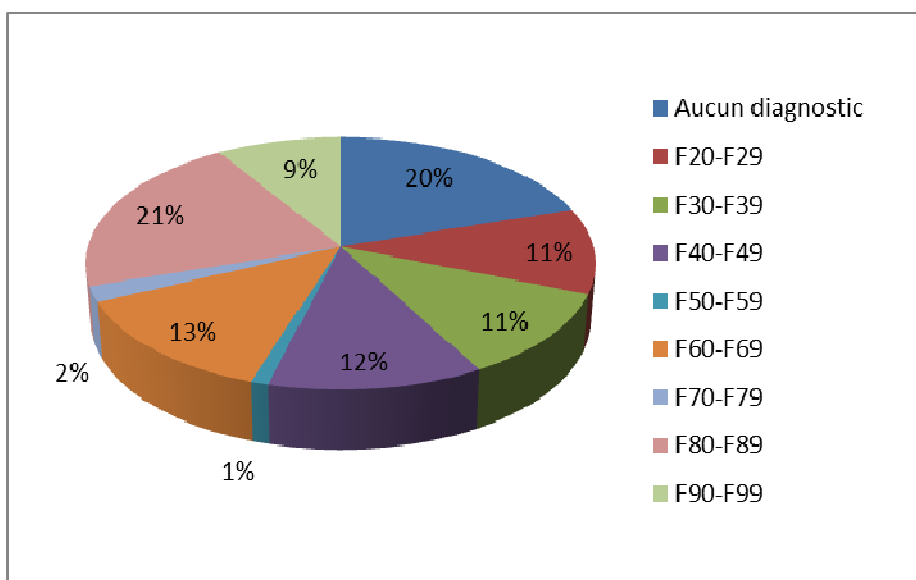
*** Diagnostics posés antérieurement à la prise en charge en hôpital de jour (selon la CIM-10) :**

Les caractéristiques médicales de la population accueillie témoignent d'une hétérogénéité des pathologies pour lesquelles une indication de prise en charge en HDJ est posée.

Un **diagnostic** a déjà été posé lors d'une prise en charge **antérieure** (plus ou moins à distance de l'admission en HDJ) pour 80% des adolescents. Ces diagnostics ont été regroupés selon chacun des chapitres de la CIM-10.

- Aucun n'a eu de diagnostic en lien avec un trouble organique ou lié à l'utilisation d'une substance psychoactive.
- **11%** des adolescents accueillis ont eu antérieurement un diagnostic de **schizophrénie, trouble délirant ou trouble psychotique aigu (F20-F29)** dont 1 un diagnostic de trouble schizo-affectif,
- **11%** un diagnostic de **trouble de l'humeur (F30-F39)** (principalement épisode dépressif majeur sévère, aucun diagnostic de trouble bipolaire),
- **12%** un diagnostic de **trouble anxieux (F40-F49)**,
- seulement **1%** un diagnostic de **trouble du comportement alimentaire (F50-F59)**,
- **13%** un diagnostic de **trouble de la personnalité (F60-F69)** (essentiellement état-limite),
- **2%** un diagnostic de **retard mental (F70-F79)**,
- **21%** un diagnostic de **trouble du développement psychologique (F80-F89)** (essentiellement « psychose infantile »)
- et **9%** un diagnostic de **troubles du comportement et des émotions** apparaissant dans l'enfance ou l'adolescence (**F90-99**).

Les troubles psychotiques représentent donc 33% des diagnostics déjà posés lors du parcours de soin de ces adolescents.



Diagnostic posé antérieurement à la prise en charge en HDJ (en référence à la CIM 10)

A noter qu'on ne retrouve pas de diagnostic principal de trouble hyperkinétique, ni de trouble bipolaire. Ceci est certainement en lien avec la conception des troubles bipolaires chez l'enfant et chez l'adolescent qui n'était alors pas très répandue dans les années 90-2000. Il est

possible qu'une partie des jeunes qualifiés d'un diagnostic de trouble psychotique et notamment d'un diagnostic de trouble schizo-affectif seraient actuellement classifiés dans les troubles bipolaires. Ce point sera rediscuté ultérieurement et témoigne de l'impact, sur ce type d'étude rétrospective, de l'évolution des classifications et conception des troubles, d'autant plus dans des populations spécifiques comme les adolescents faisant plus difficilement l'objet d'études épidémiologiques.

Le taux de **pathologie somatique chronique** intercurrente apparaît élevé. En effet **35%** des adolescents souffrent d'une pathologie somatique nécessitant la prise régulière d'un traitement médicamenteux somatique ou pourvoyeuse d'un handicap (obésité morbide incluse, fréquemment retrouvé dans notre population en lien avec les troubles psychiques et la prise d'un traitement antipsychotique).

2. DESCRIPTION DES DONNES CATAMNESTIQUES

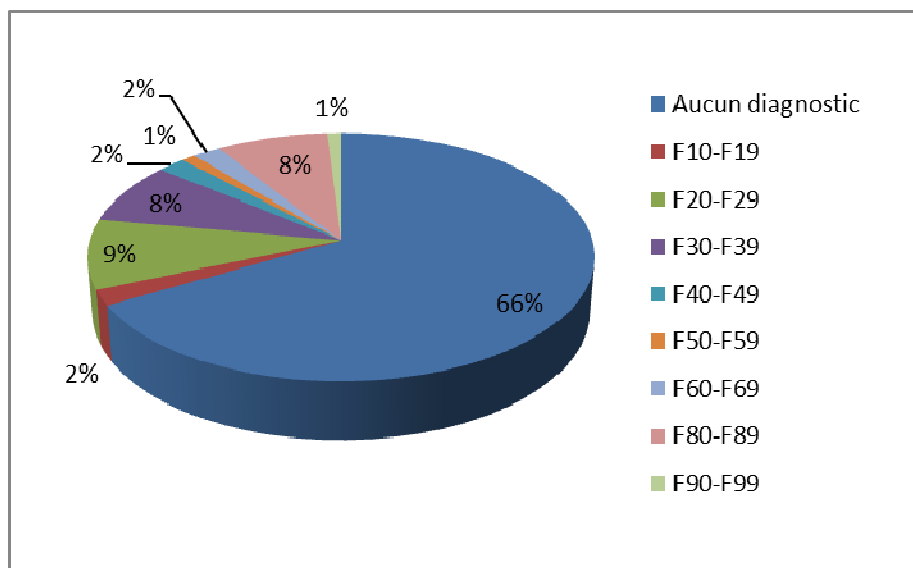
Données concernant le devenir psychiatrique :

* Diagnostics :

Seuls **31.4%** des jeunes et/ou leur famille ont notion d'un **diagnostic** posé pour qualifier les difficultés traversées à l'adolescence plus ou moins persistantes au moment de l'enquête. Pour **25.6%** le diagnostic est **concordant** aux troubles présentés par le jeune à l'adolescent, pour **5.8%** le diagnostic apparaît **sous-évalué** bien que la reconnaissance d'un diagnostic psychiatrique témoigne que le déni des troubles n'est pas total.

Sur les 29 réponses faisant état d'un diagnostic, on retrouve :

- 2 diagnostics de **trouble lié à l'utilisation de substance psychoactive (F10-F19)** (6.9%),
- 8 diagnostics de **trouble schizophrénique (F20-F29)** (27.6%),
- 7 diagnostics de **trouble de l'humeur (F30-F39)** (principalement épisode dépressif majeur, 1 diagnostic de trouble bipolaire) (24.1%),
- 2 diagnostics de **trouble anxieux (F40-F49)** (6.9%),
- 1 diagnostic de **trouble du comportement alimentaire (F50-F59)** (3.4%),
- 2 diagnostics de **trouble de la personnalité (F60-F69)** (6.9%),
- aucun diagnostic de **retard mental (F70-F79)**,
- 7 diagnostics de **trouble du développement psychologique (F80-F89)** (essentiellement « psychose infantile ») (24.1%)
- et 1 diagnostic de **trouble du comportement et des émotions** apparaissant dans l'enfance ou l'adolescence (**F90-99**) (3.4%).



Diagnostic évoqué par le patient et/ou sa famille (CIM 10)

11.6% ont une **pathologie somatique chronique** intercurrente nécessitant la prise d'un traitement médicamenteux ou entraînant un handicap (allant jusqu'à l'amputation d'une jambe, salpingite avec ablation des trompes), soit un taux nettement moins élevé qu'à l'adolescence.

a. Données concernant le devenir social :

* Formation et activité professionnelle :

25.6% ont repris ou poursuivi une **scolarité** après la prise en charge en HDJ, **40.7%** ont suivi une **formation** professionnelle. Au moment de l'étude, 12.4% sont encore étudiants, 6 (soit 6.7%) suivent encore une formation de type CAP ou Baccalauréat professionnel (4 sont en CAP, 1 en Bac Pro électrotechnique, 1 en compagnonnage pour une formation de tapissier-décorateur après avoir réussi la formation d'aide-soignant), 5 (soit 5.6%) réalisent des études supérieures (un a obtenu un Diplôme d'Accès aux Etudes Universitaires après un parcours CAP et Bac Pro et fait actuellement une école pour devenir conducteur de travaux publics, 1 suit des études d'ingénieur, 1 des études de microélectronique, 1 est en licence de Français Langue Etrangère pour devenir professeur, 1 après des études d'arts plastiques s'oriente sur une licence en Lettres Modernes pour passer le concours de bibliothécaire), soit des évolutions très favorables et pour certaines surprenantes.

B. Mortalité

Le taux de mortalité dans la population initiale (N=100) a été obtenu à partir des trois décès rapportés. Ce taux de mortalité de 3% prend en compte les éventualités de décès parmi 10 des 11 sujets perdus de vue puisque l'état civil a pu être consulté pour l'ensemble de ces patients à l'exception d'un dont le lieu de naissance ne figurait pas dans les dossiers.

Le statut vital a donc été déterminé pour 99% des sujets. En raison de l'absence de notification du lieu de naissance sur le dossier médical, cette information n'a pas pu être obtenue pour un sujet perdu de vue (1%). Trois patients sont décédés entre l'hospitalisation de jour et l'enquête, le taux de mortalité connu de notre cohorte est donc de **3%** (**4.3%** des **filles** et **1.8%** des **garçons**). L'âge moyen au moment du décès était de **22 ans** +/- 3.9 ans, 4.9 ans +/- 3.5 ans en moyenne après la fin de la prise en charge.

Quelques éléments cliniques sur les 3 patients de notre cohorte décédés :

Il s'agit d'un garçon et de deux filles. Il est intéressant de se pencher sur les éléments cliniques qui ont jalonné leur parcours de soin.

- Le premier patient est décédé à l'âge de **18.25 ans**, soit **1.96 ans après** la fin de la prise en charge, par inhalation du bol gastrique dans un contexte de prise de toxiques (alcool, cannabis, cocaïne,...). Son histoire de vie était marquée par une adoption à la naissance. Différents diagnostics ont été posés pendant la prise en charge en HDJ, trouble du comportement et des émotions, trouble de personnalité, troubles mentaux liés à l'utilisation de cannabis, trouble de l'humeur (épisode dépressif). Après sa prise en charge en HDJ, plusieurs séjours hospitaliers temps plein se sont répétés avant qu'il ne puisse reprendre une scolarité de type CAP avec accueil en internat. Le suivi ambulatoire avait été maintenu régulièrement depuis la fin de l'HDJ, jusqu'à la nécessité de mettre en place un relai avec les structures de soin dont son lieu de scolarité dépendait, avec un passage de liens difficile, les liens avec l'équipe soignante initiale s'étant alors distendus. Rupture des liens ?
- Le deuxième patient est décédé à l'âge de **21.6 ans**, soit **4.05 ans après** la fin de la prise en charge en HDJ, suite à une IMV au Valproate de Sodium avec coma profond puis état de mort encéphalique avec prise en charge en réanimation inefficace. Sur le plan familial, le père était décédé dans la petite enfance. Différents diagnostics avaient également été posés dont psychose infantile avec manifestations dépressives sévères, épisode dépressif avec symptômes psychotiques, trouble de personnalité (borderline). Après un suivi plus ou moins régulier pendant plusieurs années, entrecoupé de plusieurs hospitalisations et d'une tentative de prise en charge en unité de réhabilitation psycho-sociale, la patiente était en rupture de suivi et de traitement depuis plusieurs mois au moment de son passage à l'acte.
- Le troisième patient est décédé à l'âge de **26.17 ans**, soit **8.83 ans après** la fin de la prise de la prise en charge en HDJ, secondairement à une surconsommation de traitement et prise de toxiques, sans savoir s'il y avait intentionnalité suicidaire ou non, faisant suite immédiatement à une sortie d'essai après hospitalisation longue terminée par un séjour en USIP (d'une durée d'un mois). Son histoire de vie était marquée par un abandon par la mère, souffrant de trouble psychiatrique, dans la petite enfance et prise en charge en famille d'accueil. Ce patient avait également fait l'objet de plusieurs diagnostics dont trouble du comportement et des émotions, schizophrénie, trouble schizo-affectif, et comme diagnostics récents trouble de personnalité grave,

trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives multiples (alcool, cannabis, benzodiazépines, buprénorphine,...). Le patient a bénéficié d'un lourd suivi, avec nombreuses hospitalisations et séjours en chambre d'isolement, parcours émaillé de passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs.

C. Tableaux comparatifs des données rétrospectives selon le critère de l'inscription aux soins :

DONNEES RETROSPECTIVES:	H- (<3mois)(N=19)	H- (absences)(N=34)	H+ (N=47)	p (H- vs H+)
* Données socio-démographiques:				
Sex-ratio:	0.58 (garçons)	1.26 (garçons)	1.47 (garçons)	NS
Garçons	7 (36,8%)	19 (55,9%)	28 (59,6%)	NS
Filles	12 (63,2%)	15 (44,1%)	19 (40,4%)	NS
Age moyen au début de prise en charge	15,99 ans	15,50 ans	15,46 ans	NS

DONNEES RETROSPECTIVES:	H- (<3mois)(N=19)	H- (absences)(N=34)	H+ (N=47)	p (H- vs H+)
* Données socio-démographiques:				
Scolarité:				
Déscolarisation	11 (57,9%)	25 (73,5%)	20 (42,6%)	p=0,011
Déscolarisation après une scolarité ordinaire	8 (42,1%)	16 (47,1%)	16 (34%)	NS
Déscolarisation après une scolarité adaptée	3 (15,8%)	9 (26,5%)	4 (8,5%)	p=0,054
Scolarité maintenue	8 (42,1%)	9 (26,5%)	27 (57,4%)	p=0,011
Scolarité ordinaire maintenue à l'admission	5 (26,3%)	2 (5,9%)	8 (17%)	NS
Scolarité adaptée maintenue à l'admission	3 (15,8%)	7 (20,6%)	19 (40,4%)	p=0,017
Total Scolarité ordinaire (actuelle ou passée)	13 (68,4%)	18 (52,9%)	24 (51,1%)	NS
Total Scolarité adaptée (actuelle ou passée)	6 (31,6%)	16 (47,1%)	23 (48,9%)	NS
Niveau scolaire atteint:				
1. Niveau scolaire primaire	3 (15,8%)	7 (20,6%)	8 (17%)	NS
2. Niveau scolaire collège	15 (78,9%)	21 (61,8%)	29 (61,7%)	NS
3. Niveau scolaire lycée ou équivalent	1 (5,3%)	6 (17,6%)	10 (21,3%)	NS
Scolarité de réinsertion	2 (10,5%)	13 (38,2%)	15 (31,9%)	NS

DONNEES RETROSPECTIVES:	H- (<3mois)(N=19)	H- (absences)(N=34)	H+ (N=47)	p (H- vs H+)
Facteurs familiaux pouvant influencer l'état de santé:				
Séparation des parents	15 (78,9%)	19 (55,9%)	19 (40,4%)	p=0,029
Inactivité professionnelle des parents	5 (26,3%)	15 (44,1%)	15 (31,9%)	NS
Immigration d'un des parents	5 (26,3%)	13 (38,2%)	15 (31,9%)	NS
Antécédents judiciaires d'un des parents	3 (15,8%)	2 (5,9%)	4 (8,5%)	NS
Antécédents psychiatriques d'un des parents	13 (68,4%)	20 (58,8%)	30 (63,8%)	NS
Pathologie somatique d'un des parents	3 (15,8%)	6 (17,6%)	6 (12,8%)	NS
Décès d'un des parents	0 (0%)	3 (8,8%)	6 (12,8%)	NS
Abandon par un des parents	3 (15,8%)	3 (8,8%)	9 (6,4%)	NS
Non reconnaissance par le père	3 (15,8%)	1 (2,9%)	2 (4,3%)	NS
Déchéance de l'autorité parentale	1 (5,3%)	0 (0%)	3 (6,4%)	NS
Maltraitance connue	4 (21,1%)	4 (11,7%)	6 (12,8%)	NS
Cumulation des facteurs familiaux pouvant influencer l'état de santé:				
0. Aucun facteur de risque familial	1 (5,3%)	3 (8,8%)	5 (10,6%)	NS
1. 1 facteur de risque familial	3 (15,8%)	7 (20,6%)	11 (23,4%)	NS
2. >1 facteurs de risque familiaux	15 (78,4%)	24 (70,6%)	31 (66%)	NS
3. >2 facteurs de risque familiaux	11 (57,8%)	15 (44,1%)	18 (38,3%)	NS
4. >3 facteurs de risque familiaux	6 (31,6%)	9 (26,5%)	12 (25,5%)	NS
5. >4 facteurs de risque familiaux	1 (5,3%)	4 (11,8%)	4 (8,5%)	NS
Antécédents psychiatriques dans la fratrie	1 (5,3%)	3 (8,8%)	7 (14,7%)	NS
Décès dans la fratrie	1 (5,3%)	3 (8,8%)	2 (4,3%)	NS
Adoption	1 (5,3%)	1 (2,9%)	6 (12,7%)	NS

DONNEES RETROSPECTIVES:	H- (<3mois)(N=19)	H- (absences)(N=34)	H+ (N=47)	p (H- vs H+)
* Données médico-sociales:				
Suivi antérieur:				
1. Suivi antérieur pédopsychiatrique	18 (94,7%)	33 (97,1%)	45 (95,7%)	NS
2. Suivi antérieur socio-éducatif (ASE)	11 (57,9%)	15 (44,1%)	15 (31,9%)	p=0,082
3. Suivi antérieur judiciaire	4 (21,1%)	6 (17,6%)	6 (12,8%)	NS
Age moyen du premier contact avec la pédopsychiatrie	11,21 ans	9,76 ans	8,63 ans	p=0,075
1. Suivi pédopsychiatrique continu depuis l'enfance	0 (0%)	5 (14,7%)	15 (31,9%)	p=0,011
2. Suivi pédopsychiatrique discontinu depuis l'enfance	8 (42,1%)	13 (38,2%)	18 (38,3%)	p=0,011
3. Suivi pédopsychiatrique démarré à l'adolescence	11 (57,9%)	16 (47,1%)	14 (29,8%)	p=0,011
Antécédents de prise en charge en HDJ	2 (10,5%)	1 (2,9%)	9 (19,1%)	p=0,062
Antécédents d'hospitalisation complète	11 (57,9%)	23 (67,6%)	27 (57,4%)	NS

DONNEES RETROSPECTIVES:	H- (<3mois)(N=19)	H- (absences)(N=34)	H+ (N=47)	p (H- vs H+)
* Données médico-sociales:				
Placement:	10 (52,6%)	14 (41,2%)	16 (34%)	NS
Age du premier placement:				
1. Premier placement dans la petite enfance	4 (21,1%)	2 (5,9%)	5 (10,6%)	NS
2. Premier placement dans l'enfance	2 (10,5%)	5 (14,7%)	6 (12,8%)	NS
3. Premier placement à l'adolescence	4 (21,1%)	7 (20,6%)	5 (10,6%)	NS
Lieu de placement:				
1. Placement en famille d'accueil	5 (26,3%)	3 (8,8%)	7 (14,9%)	NS
2. Placement en foyer	9 (47,4%)	13 (38,2%)	11 (23,4%)	p=0,055
3. Placement en structure médico-éducative	0 (0%)	7 (20,6%)	7 (14,9%)	NS

DONNEES RETROSPECTIVES:	H- (<3mois)(N=19)	H- (absences)(N=34)	H+ (N=47)	p (H- vs H+)
* Données médico-sociales:				
Suivi parallèle:				
0. Aucun suivi parallèle	2 (10,5%)	10 (29,4%)	8 (17%)	
1. Suivi parallèle psychiatrique	9 (47,4%)	14 (41,2%)	31 (66%)	p=0,024
2. Suivi parallèle socio-éducatif (ASE)	13 (63,2%)	14 (41,2%)	16 (34%)	p=0,088
3. Suivi parallèle judiciaire	3 (15,8%)	9 (26,5%)	5 (10,6%)	p=0,071

DONNEES RETROSPECTIVES:	H- (<3mois)(N=19)	H-(absences) (N=34)	H+ (N=47)	p (H- vs H+)
* Données médico-sociales:				
Diagnostic antérieur à la prise en charge en HDJ:				
0. Aucun diagnostic	7 (36,8%)	5 (14,7%)	8 (17%)	
1. Troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
2. Schizophrénie, troubles délirants (dont tb schizo-affectif)	0 (0%)	4 (11,8%)	7 (14,9%) (dont 1(2,1%))	
3. Troubles de l'humeur	3 (15,8%)	3 (8,8%)	5 (10,6%)	
4. Troubles anxieux	4 (21,1%)	5 (14,7%)	3 (6,3%)	
5. Troubles du comportement alimentaire	0 (0%)	0 (0%)	1 (2,1%)	
6. Troubles de la personnalité	2 (10,5%)	5 (14,7%)	4 (8,5%)	
7. Retard mental	1 (5,3%)	1 (2,9%)	0 (0%)	
8. Troubles du développement dont TED et psychoses infantiles	0 (0%)	7 (20,6%)	16 (34%)	p=0.01
9. Troubles du comportement et troubles émotionnels	2 (10,5%)	4 (11,7%)	3 (6,3%)	
Total des troubles psychotiques	0 (0%)	11 (32,3%)	23 (48,7%)	p=0,02
Total des troubles de la personnalité	2 (10,5%)	5 (14,7%)	4 (8,5%)	NS

DONNEES RETROSPECTIVES:	H-(<3mois)(N=19)	H-(absences)(N=34)	H+ (N=47)	p (H- vs H+)
* Données médico-sociales:				
Diagnostic posé au cours de la prise en charge en HDJ:				
1. Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
2. Schizophrénie, troubles délirants (dont trouble schizo-affectif)	3 (15,8%)	5 (14,7%)	10 (21,3%) à 11 (23,4%) (dont 2(4,3%))	
3. Troubles de l'humeur	2 (10,5%)	2 (5,8%)	3 (6,3%)	
4. Troubles anxieux	3 (15,8%)	1 (2,9%) à 4 (11,8%)	1 (2,1%) à 3 (6,3%)	
5. Troubles du comportement alimentaire	0 (0%)	0 (0%)	1 (2,1%)	
6. Troubles de la personnalité	6 (31,6%)	14 (41,2%)	12 (25,5%) à 13 (27,7%)	
7. Retard mental	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
8. Troubles du développement dont TED et psychoses infantiles	1 (5,3%) à 2 (10,5%)	3 (8,8%) à 7 (20,6%)	14 (29,8%) à 18 (38,3%)	
9. Troubles du comportement et troubles émotionnels	3 (15,8%) à 4 (21,1%)	4 (11,8%) à 5 (14,7%)	1 (2,1%) à 3 (6,3%)	
Total des troubles psychotiques	4 (21,1%) à 5 (26,3%)	8 (23,5%) à 12 (35,3%)	24 (51,1%) à 29 (61,7%)	p=0,003
Total des troubles de la personnalité	6 (31,6%)	14 (41,2%)	12 (25,5%) à 13 (27,7%)	p=0,063
Pathologie somatique	5 (26,3%)	13 (38,2%)	16 (34%)	NS

DONNEES RETROSPECTIVES:	H-(<3mois)(N=19)	H-(absences)(N=34)	H+ (N=47)	p (H- vs H+)
* Données médico-sociales:				
Traitement psychotrope:				
0. Aucun traitement	5 (26,3%)	5 (14,7%)	5 (10,5%)	p=0,026
1. Traitement unique	5 (26,3%)	15 (44,1%)	9 (19,1%)	p=0,026
2. Traitement multiple	9 (47,4%)	14 (41,2%)	33 (70,2%)	p=0,026
Prescription comprenant:				
a. Traitement antidépresseur	5 (26,3%)	11 (32,3%)	27 (57,4%)	p=0,006
b. Traitement antipsychotique	5 (26,3%)	18 (52,9%)	34 (72,3%)	p=0,004
c. Traitement anticonvulsivant	6 (32%)	6 (17,6%)	11 (23,4%)	NS

DONNEES RETROSPECTIVES:	H- (<3mois)(N=19)	H- (absences)(N=34)	H+ (N=47)	p (H- vs H+)
* Données relatives à la prise en charge:				
Origine de la demande:				
1. Demande initiée par la pédopsychiatrie de secteur (ambulatoire)	5 (26,3%)	17 (50%)	30 (63,8%)	p=0,026
2. Demande initiée par la pédopsychiatrie de secteur (HC)	8 (42,1%)	13 (38,2%)	12 (25,5%)	p=0,083
3. Demande initiée par la pédopsychiatrie libérale	2 (10,5%)	2 (5,9%)	1 (2,1%)	NS
4. Demande initiée par le socio-éducatif (seul ou conjointement)	3 (15,8%)	4 (11,7%)	9 (19,1%)	NS
5. Demande initiée par le judiciaire (seul ou conjointement)	1 (5,3%)	1 (2,9%)	0 (0%)	NS

DONNEES RETROSPECTIVES:	H- (<3mois)(N=19)	H- (absences)(N=34)	H+ (N=47)	p (H- vs H+)
* Données relatives à la prise en charge:				
Déroulement de la prise en charge:				
Durée effective de la prise en charge	2 mois	16,4 mois	19,9 mois	p= 0,002
Deuxième séjour (effectif ou tentative)	1 (5,3%)	3 (8,8%)	5 (10,6%)	NS
Taux d'absentéisme:				
1. Taux d'absentéisme élevé d'emblée	9 (47,4%)	23 (67,6%)	0 (0%)	
2. Taux d'absentéisme élevé après cassure	3 (15,8%)	11 (32,4%)	0 (0%)	
3. Taux de présence satisfaisant	7 (36,8%)	0 (0%)	47 (100%)*	
Hospitalisation complète pendant la prise en charge HDJ :				
	8(42,1%)	15 (44,1%)	25 (53,2%)	NS
1. Un séjour hospitalier en HC	7 (36,8%)	6 (17,6%)	11 (23,4%)	NS
2. Plusieurs séjours hospitaliers en HC	1 (5,3%)	9 (26,5%)	14 (29,8%)	NS
Admission en HDJ au décours d'une HC	3 (15,8%)	3 (8,8%)	5 (10,6%)	NS

* Taux de présence satisfaisants : très bon (34%), bon (42,6%), moyen (23,4%)

DONNEES RETROSPECTIVES:	H- (<3mois)(N=19)	H- (absences)(N=34)	H+ (N=47)	p (H- vs H+)
* Données relatives à la prise en charge:				
Age moyen en fin de prise en charge	16,17 ans	17,02 ans	17,26 ans	p=0.071
Motif de sortie:				
1. Fin de la prise en charge en HDJ	1 (5,3%)	5 (14,7%)	11 (23,4%)	p=5,75E-6
2. Changement des modalités de prise en charge	3 (15,8%)	8 (23,5%)	27 (57,4%)	p=5,75E-6
3. Refus du jeune ou de sa famille de poursuivre la prise en charge	15 (78,9%)	21 (61,8%)	9 (19,1%)	p=5,75E-6
Suivi à la sortie:				
0. Aucun suivi à la sortie	2 (10,5%)	12 (35,3%)	8 (17%)	NS
1. Suivi psychiatrique à la sortie	9 (47,4%)	18 (52,9%)	35 (74,5%)	p=0,008
2. Suivi socio-éducatif à la sortie	11 (57,9%)	5 (14,7%)	10 (21,3%)	NS/p=0.001

3. Suivi judiciaire à la sortie	3 (15,8%)	2 (5,9%)	0 (0%)	NS
Etat clinique à la sortie:				
1. Evolution défavorable	6 (31,6%)	7 (20,6%)	2 (4,3%)	NS
2. Stabilisation	3 (15,8%)	21 (61,8%)	37 (78,7%)	NS
3. Evolution favorable	1 (5,3%)	6 (17,6%)	8 (17%)	NS

DONNEES RETROSPECTIVES:	H- (<3mois)(N=19)	H- (absences)(N=34)	H+ (N=47)	p (H- vs H+)
* Données relatives à la prise en charge:				
<i>Situation à la sortie:</i>				
0. Inconnue	8 (42,1%)	9 (26,5%)	14 (29,8%)	
1. Scolarité ou formation	4 (21,1%)	11 (32,4%)	13 (27,7%)	
2. Activité professionnelle (dont adaptée)	1 (5,3%)	2 (5,8%) (dont 2 (5,8%))	2 (4,3%)	
3. Lieu de soin médico-scolaire	0 (0%)	2 (5,9%)	10 (21,3%)	
4. Foyer médicalisé	0 (0%)	1 (2,9%)	4 (8,5%)	
5. Hospitalisation complète	4 (21,1%)	6 (17,6%)	3 (6,4%)	
6. Incarcération	1 (5,3%)	1 (2,9%)	0 (0%)	
7. Errance	1 (5,3%)	2 (5,8%)	0 (0%)	
Total Situations stables (1+2+3+4)	5 (26,3%)	16 (47,1%)	29 (61,7%)	p=0,078
Total Situations instables (5+6+7)	6 (31,6%)	9 (26,5%)	3 (6,4%)	p=0,078
Reprise de la scolarité à la fin de l'HDJ	4 (21,1%)	12 (35,3%)	23 (48,9%)	
<i>Reprise ou poursuite de la scolarité</i>	5 (26,3%)	15 (44,1%)	31 (66%)	p=0,005

D. Tableaux comparatifs des données catamnestiques selon le critère de l'inscription aux soins :

DONNEES CATAMNESTIQUES:	H- (N=53)	H+ (N=47)	p (H- vs H+)
* Données propres à l'enquête:	N=53	N=47	
Perdus de vue	5 (9,4%)	6 (12,8%)	NS
Décès	2 (3,8%)	1 (2,1%)	NS
<i>Recul moyen depuis la fin de la prise en charge</i>	8,26 ans	7,73 ans	NS
* Données socio-démographiques:	N=46	N=40	
Age moyen au moment de l'enquête	24,49 ans	24,65 ans	NS

DONNEES CATAMNESTIQUES:	H- (N=53)	H+ (N=47)	p (H- vs H+)
* Données relatives à la prise en charge médicale:	N=46	N=40	
<i>Suivi psychiatrique en cours:</i>			
0. Rupture de suivi psychiatrique	31 (67,4%)	15 (37,5%)	p=0,006
1. Suivi psychiatrique aléatoire	6 (13%)	0 (0%)	
2. Suivi psychiatrique sous contrainte	1 (2,2%)	0 (0%)	
3. Suivi psychiatrique régulier volontaire	8 (17,4%)	25 (62,5%)	p=1,78E-5
Suivi psychologique en cours/passé	6 (13%)	11 (27,5%)/1(2,5%)	p=0,054
Prise en charge en HDJ ou CATTP:			p=0,064
1. Prise en charge en HDJ ou CATTP en cours	2 (4,3%)	8 (20%)	
2. Prise en charge en HDJ ou en CATTP passée	7 (15,2%)	7 (17,5%)	
<i>Prescription médicamenteuse psychotrope:</i>			
0. Pas de traitement prescrit	29 (63%)	18 (45%)	p=0,022
1. Traitement prescrit mais non suivi	4 (8,7%)	1 (2,5%)	
2. Traitement prescrit avec une bonne observance	13 (28,2%)	21 (52,5%)	p=0,022
<i>Nature de la prescription:</i>			
1. Prescription unique	15 (32,6%)	16 (40%)	NS
2. Prescription multiple	2 (4,3%)	6 (15%)	NS
<i>Prescription comprenant:</i>			
a. Traitement antidépresseur	4 (8,7%)	3 (7,5%)	NS
b. Traitement antipsychotique (incisif/thymorégulateur)	13 (28,3%)	19 (47,5%)	p=0,066
c. Traitement anticonvulsivant (thymorégulateur/anti-impulsif)	1 (2,2%)	6 (15%)	NS
d. Traitement de substitution aux opiacés	1 (2,2%)	0 (0%)	NS
e. Traitement retard injectable	4 (8,7%)	2 (5%)	NS

DONNEES CATAMNESTIQUES:	H- (N=53)	H+ (N=47)	p (H- vs H+)
* Données relatives à la prise en charge médicale:	N=46	N=40	
<i>Hospitalisation complète dans les 3 ans:</i>	15 (32,6%)	17 (42,5%)	NS
1. Hospitalisation uniquement en soins libres	8 (17,4%)	4 (10%)	NS
2. Au moins une hospitalisation sous contrainte	7 (15,2%)	13 (32,5%)	p=0,058
3. Hospitalisation uniquement sous contrainte	4 (8,7%)	4 (10%)	NS
4. Hospitalisation selon les 2 modalités	3 (6,5%)	9 (22,5%)	p=0,058
5. Au moins une mesure de SDT/HDT	7 (15,2%)	10 (25%)	NS
6. Au moins une mesure de SDRE/HO	3 (6,5%)	4 (10%)	NS
Antécédents d'hospitalisation en USIP	1 (2,2%) (N=48)	0 (0%) (N=41)	NS
Antécédents d'hospitalisation en UMD	2 (4,3%) (N=48)	1 (2,4%) (N=41)	NS
Hospitalisation en 2012	4 (8,7%)	2 (5%)	NS
Hospitalisation en cours	1 (2,1%)	2 (5%)	NS

DONNEES CATAMNESTIQUES:	H- (N=53)	H+ (N=47)	p (H- vs H+)
Diagnostic rapporté par le patient ou la famille:			
Aucun diagnostic rapporté par le patient ou la famille	34 (74%)	23 (57,5%)	NS
Diagnostic sous-évalué	3 (6,5%)	2 (5%)	
Diagnostic concordant aux troubles présentés à l'adolescence	9 (19,6%)	15 (37,5%)	
1. Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives	2 (4,3%)	0 (0%)	
2. Schizophrénie, troubles délirants (dont tb schizo-affectif)	3 (6,5%)	5 (12,5%)	
3. Troubles de l'humeur	1 (2,2%)	4 (10%)	
4. Troubles anxieux	1 (2,2%)	1 (2,5%)	
5. Troubles du comportement alimentaire	0 (0%)	1 (2,5%)	
6. Troubles de la personnalité	1 (2,2%)	1 (2,5%)	
7. Retard mental	0 (0%)	0 (0%)	
8. Troubles du développement dont TED et psychoses infantiles	2 (4,3%)	5 (12,5%)	
9. Troubles du comportement et troubles émotionnels	1 (2,2%)	0 (0%)	
Total des troubles psychotiques	5 (10,9%)	10 (25%)	p=0,085

DONNEES CATAMNESTIQUES:	H- (N=53)	H+ (N=47)	p (H- vs H+)
Diagnostic actuel retrouvé dans les dossiers:			
	N=48	N=41	
0. Pas de diagnostic récent retrouvé	22 (45,8%)	14 (34,1%)	NS
1. Troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives	2 (4,3%)	2 (4,9%)	
2. Schizophrénie, troubles délirants (dont tb schizo-affectif)	9 (18,7%)	10 (24,4%)	
3. Troubles de l'humeur	1 (2,1%)	1 (2,4%)	
4. Troubles anxieux	0 (0%)	0 (0%)	
5. Troubles du comportement alimentaire	0 (0%)	0 (0%)	
6. Troubles de la personnalité	9 (19,6%)	4 (9,8%)	
7. Retard mental	0 (0%)	1 (2,4%)	
8. Troubles du développement dont TED et psychoses infantiles	4 (8,3%)	7 (17,1%)	
9. Troubles du comportement et troubles émotionnels	1 (2,2%)	3 (7,3%)	
10. Troubles liés à des facteurs environnementaux	1 (2,2%)	0 (0%)	
Total des troubles psychotiques	13 (28,3%)	17 (41,5%)	NS
Total des troubles de la personnalité	9 (19,6%)	4 (9,8%)	NS
Pathologie somatique (traitement ou handicap)	5 (10,9%)	5 (12,5%)	NS

DONNEES CATAMNESTIQUES:	H- (N=53)	H+ (N=47)	p (H- vs H+)
* Données relatives au devenir social:	N=46	N=41	
Suivi non médical:			
Suivi social en cours	15 (32,6%)	18 (45%)	NS
Suivi éducatif en cours/passé	7 (15,2%)	14 (35%)/1 (2,5%)	p=0,018
Suivi judiciaire en cours ou passé	9 (19,6%)	2 (5%)	p=0,056
Antécédents d'incarcération(s)	6 (13%)	1 (2,5%)	NS

DONNEES CATAMNESTIQUES:	H- (N=46)	H+ (N=41)	p (H- vs H+)
Hébergement actuel:			NS
0. SDF, errance	3 (6,5%)	1 (2,5%)	NS
1. Hébergement par la famille	18 (39,1%)	16 (40%)	
2. Logement autonome	18 (39,1%)	16 (40%)	
3. Foyer ou institution	5 (10,9%)	5 (12,5%)	
4. Hospitalisation à temps complet	1 (2,2%)	2 (5%)	
5. Incarcération	2 (4,3%)	0 (0%)	
Hébergement seul	4 (8,7%)	8 (20%)	NS
Antécédent d'errance	8 (17,4%)	1 (2,5%)	p=0,033
Antécédent d'hébergement en foyer social	10 (21,7%)	3 (7,5%)	p=0,078
Antécédent d'hébergement en foyer médicalisé	1 (2,2%)	7 (17,5%)	p=0,022
Antécédent d'hébergement en appartement thérapeutique	1 (2,2%)	2 (5%)	NS

DONNEES CATAMNESTIQUES:	H- (N=46)	H+ (N=41)	p (H- vs H+)
Source de revenus:			
0. Sans ressource	5 (10,9%)	3 (7,5%)	NS
1. Sans ressource en dehors de périodes de travail très ponctuelles ou non déclarées	2 (4,3%)	0 (0%)	NS
2. Aide des parents	7 (15,2%)	3 (7,5%)	NS
3. AAH seule	10 (21,7%)	20 (50%)	p=0,006
4. AAH avec complément de salaire	4 (8,7%)	4 (10%)	NS
Total des adultes touchant l'AAH	14 (30,4%)	24 (60%)	p=0,003
5. RSA ou allocations chômage	11 (23,9%)	3 (7,5%)	p=0,046
6. Salaire régulier	7 (15,2%)	6 (15%)	NS
Mesure de protection des biens:	9 (19,6%)	17 (42,5%)	p=0,021
1. Curatelle (simple ou renforcée)	8 (17,4%)	15 (37,5%)	
2. Tutelle	1 (2,2%)	2 (5%)	

DONNEES CATAMNESTIQUES:	H- (N=46)	H+ (N=41)	p (H- vs H+)
Situation personnelle:			
Statut marital:			
0. Célibataire	29 (63%)	31 (77,5%)	NS
1. Dans une relation stable	9 (19,6%)	9 (22,5%)	NS
2. Marié ou Pacsé	6 (13%)	0 (0%)	p=0,028
3. Divorcé	2 (4,3%)	0 (0%)	p=0,006
Statut parental:			
0. Sans enfant	32 (70%)	37 (92,5%)	p=0,013
1. 1 enfant	8 (17,4%)	3 (7,5%)	
2. 2 enfants	3 (6,5%)	0 (0%)	
3. 3 enfants	2 (4,3%)	0 (0%)	

4. 4 enfants	1 (2,2%)	0 (0%)	
Garde des enfants conservée	11 (23,9%)	2 (5%)	NS
Enfant(s) placé(s)	3 (6,5%)	1 (2,5%)	NS
Relations avec la famille:			p=0,016
0. Aucun contact avec la famille	7 (15,2%)	2 (5%)	
1. Contact irréguliers avec la famille	16 (34,8%)	6 (15%)	
2. Bons contacts avec la famille, réguliers	23 (50%)	32 (80%)	

DONNEES CATAMNESTIQUES:	H- (N=46)	H+ (N=41)	p (H- vs H+)
Situation scolaire et professionnelle:			
Reprise ou poursuite d'une scolarité après l'HDJ	12 (26,1%)	10 (25%)	NS
Poursuite d'une formation professionnelle après l'HDJ	17 (37%)	18 (45%)	NS
Activité professionnelle:			
0. Sans, n'a jamais travaillé	17 (37%)*	21 (52,5%)**	NS
1. Travail très ponctuel ou non déclaré	10 (21,7%)	0 (0%)	p=0,001
2. Chômage	6 (13%)	1 (2,5%)	NS
3. Travail en ESAT ou poste adapté	1 (2,2%)	9 (22,5%)	p=0,005
4. Emploi en milieu ordinaire	12 (26,1%)	9 (22,5%)	NS
Travail instable (milieu ordinaire)	13 (28,3%)	2 (5%)	NS
Travail stable (milieu ordinaire)	9 (19,6%)	7 (17,5%)	NS

* 6 sont encore étudiants, 3 en cours de formation type CAP ou Bac Pro, 3 étudiants dans le supérieur

** 5 sont encore étudiants, 3 en cours de formation type CAP ou Bac Pro, 2 étudiants dans le supérieur

DONNEES CATAMNESTIQUES:	H- (N=46)	H+ (N=41)	p (H- vs H+)
Evaluation globale du devenir:	N=48	N=41	p=0,004
1. Instabilité avec ou sans soins (décès inclus)	21 (43,8%)	8 (19,5%)	
2. Stabilité avec soins	11 (22,9%)	23 (56,1%)	
3. Stabilité sans soin	16 (33,3%)	10 (24,4%)	

DONNEES CATAMNESTIQUES:	H- (N=46)	H+ (N=41)	p (H- vs H+)
Regard sur la prise en charge en HDJ:			p=0,001
0. Aucun souvenir ou aucun commentaire récupéré	20 (43,5%)	8 (20%)	
1. Regard uniquement négatif	14 (30,4%)	3 (7,5%)	
2. Regard à la fois positif et négatif	4 (8,7%)	9 (22,5%)	
3. Regard uniquement positif	8 (17,4%)	19 (47,5%)	

DONNEES CATAMNESTIQUES:	H- (<3mois)(N=19)	H- (absences)(N=34)	H+ (N=47)	p (H- vs H+)
Devenir :				p=0,005
0. Devenir inconnu	2 (10,5%)	3 (8,8%)	6 (12,8%)	
1. Instabilité (dont décès)	7 (36,8%)	14 (41,2%)	8 (17%)	
2. Stabilité avec soins	4 (21%)	7 (20,6%)	23 (48,9%)	
3. Stabilité sans soins	6 (31,6%)	10 (29,4%)	10 (21,3%)	
Total instabilité	7 (36,8%)	14 (41,2%)	8 (17%)	p=0,015
Total stabilité	10 (52,6%)	17 (50%)	33 (70,2%)	p=0,015
Décès	0 (0%)	2 (5,9%)	1 (2,1%)	NS
Soins en cours (en excluant les décès):				p=0,006
0. Inconnu	2 (10,5%)	3 (8,8%)	6 (12,8%)	
1. Décès	0 (0%)	2 (5,9%)	1 (2,1%)	
1. Non inscription dans les soins à l'âge adulte	12 (63,2%)	19 (55,9%)	15 (31,9%)	
2. Inscription dans les soins à l'âge adulte	5 (26,3%)	10 (29,4%)	25 53,2%)	

E. Tableaux comparatifs des données rétrospectives selon le critère du devenir :

DONNEES RETROSPECTIVES:	Devenir 1 (N=19)	Devenir 2 (N=34)	Devenir 3 (N=26)	p
* Données socio-démographiques:	N=29	N=34	N=26	
Sex-ratio:	1,07 (garçons)	1,61 (garçons)	1 (garçons)	NS
1. Garçons	15 (51,7%)	21 (61,8%)	13 (50%)	
2. Filles	14 (48,3%)	13 (38,2%)	13 (50%)	
Age moyen au début de prise en charge	15,60 ans	15,55 ans	15,52 ans	NS

DONNEES RETROSPECTIVES:	Devenir 1 (N=19)	Devenir 2 (N=34)	Devenir 3 (N=26)	p
Scolarité:				
Déscolarisation actuelle	18 (62,1%)	19 (55,9%)	10 (38,5%)	NS
Scolarité ordinaire (actuelle ou passée)	14 (48,3%)	18 (52,9%)	16 (61,5%)	NS
Scolarité adaptée (actuelle ou passée)	15 (51,7%)	16 (47,1%)	10 (38,5%)	NS
Niveau scolaire atteint:				NS
1. Niveau scolaire primaire	6 (20,7%)	8 (23,5%)	2 (7,7%)	
2. Niveau scolaire collège	21 (72,4%)	19 (55,9%)	17 (65,4%)	
3. Niveau scolaire lycée	2 (6,9%)	7 (20,6%)	7 (26,9%)	
Scolarité de réinsertion	10 (34,5%)	13 (38,2%)	6 (23,1%)	NS

DONNEES RETROSPECTIVES:	Devenir 1 (N=19)	Devenir 2 (N=34)	Devenir 3 (N=26)	p
Facteurs familiaux influençant l'état de santé :				
Séparation des parents	19 (65,5%)	15 (44,1%)	12 (46,1%)	NS
Inactivité professionnelle des parents	12 (41,4%)	13 (38,2%)	5 (19,2%)	NS
Immigration d'un des parents	13 (44,8%)	11 (32,3%)	4 (15,4%)	p=0,063
Antécédents judiciaires d'un des parents	2 (6,9%)	2 (5,9%)	2 (7,7%)	NS
Antécédents psychiatriques d'un des parents	19 (65,5%)	17 (50%)	18 (69,2%)	NS
Pathologie somatique d'un des parents	4 (13,8%)	5 (14,7%)	5 (19,2%)	NS
Décès d'un des parents	4 (13,8%)	2 (5,9%)	2 (7,7%)	NS
Abandon par un des parents	7 (24,1%)	5 (14,7%)	2 (7,7%)	NS
Non reconnaissance par le père	2 (6,9%)	1 (2,9%)	2 (7,7%)	NS
Déchéance de l'autorité parentale	1 (3,5%)	1 (2,9%)	0 (0%)	NS
Maltraitance connue	3 (10,5%)	2 (5,9%)	5 (19,2%)	NS
Cumulation des facteurs familiaux pouvant influencer l'état de santé::				
0. Aucun facteur de risque familial	0 (0%)	5 (14,7%)	4 (15,4%)	p=0,064
1. 1 facteur de risque familial	7 (24,1%)	7 (20,6%)	7 (26,9%)	NS
2. >1 facteurs de risque familiaux	22 (75,9%)	22 (64,7%)	15 (57,7%)	NS
3. >2 facteurs de risque familiaux	12 (41,4%)	13 (38,2%)	10 (38,5%)	NS
4. >3 facteurs de risque familiaux	10 (34,5%)	5 (14,7%)	7 (26,9%)	NS
5. >4 facteurs de risque familiaux	5 (17,2%)	2 (5,9%)	1 (3,8%)	NS
Antécédents psychiatriques dans la fratrie	4 (13,8%)	4 (11,8%)	3 (11,5%)	NS
Décès dans la fratrie	0 (0%)	0 (0%)	3 (11,5%)	NS
Adoption	1 (3,5%)	3 (8,8%)	3 (11,5%)	NS

DONNEES RETROSPECTIVES:	Devenir 1 (N=19)	Devenir 2 (N=34)	Devenir 3 (N=26)	p
* Données médico-sociales:				
Suivi antérieur:				p=0,0002
1. Suivi antérieur pédopsychiatrique	28 (96,6%)	34 (100%)	24 (92,3%)	NS
2. Suivi antérieur socio-éducatif (ASE)	19 (65,6%)	8 (23,5%)	6 (23,1%)	p=0,0007
3. Suivi antérieur judiciaire	9 (31%)	1 (2,9%)	2 (7,7%)	p=0,004
Age moyen du premier contact avec la pédopsychiatrie	9,88 ans	8,44 ans	9,74 ans	NS
1. Suivi pédopsychiatrique continu depuis l'enfance	5 (17,2%)	9 (26,5%)	4 (15,4%)	NS
2. Suivi pédopsychiatrique discontinu depuis l'enfance	10 (34,5%)	14 (41,2%)	12 (46,2%)	NS
3. Suivi pédopsychiatrique démarré à l'adolescence	14 (48,3%)	11 (32,3%)	10 (38,5%)	NS
Antécédents de prise en charge en HDJ	2 (6,9%)	8 (23,5%)	1 (3,8%)	p=0,047
Antécédents d'hospitalisation complète	21 (72,4%)	22 (64,7%)	11 (42,3%)	p=0,061

DONNEES RETROSPECTIVES:	Devenir 1 (N=19)	Devenir 2 (N=34)	Devenir 3 (N=26)	p
* Données médico-sociales:				
Placement	17 (58,6%)	9 (26,5%)	5 (19,2%)	p=0,004
<i>Age au premier placement:</i>				
1. Premier placement dans la petite enfance	6 (20,7%)	1 (2,9%)	1 (3,8%)	
2. Premier placement dans l'enfance	8 (27,6%)	3 (8,8%)	1 (3,8%)	
3. Premier placement à l'adolescence	3 (10,3%)	5 (14,7%)	3 (11,5%)	
<i>Lieu de placement:</i>				
1. Placement en famille d'accueil	7 (24,1%)	2 (5,9%)	2 (7,7%)	
2. Placement en foyer	16 (55,2%)	5 (14,7%)	3 (11,5%)	
3. Placement en structure médico-éducative	7 (24,1%)	6 (17,6%)	1 (3,8%)	
Adoption	1 (3,5%)	3 (8,8%)	3 (11,5%)	NS

DONNEES RETROSPECTIVES:	Devenir 1 (N=19)	Devenir 2 (N=34)	Devenir 3 (N=26)	p
* Données médico-sociales:				
<i>Suivi parallèle:</i>				
0. Aucun suivi parallèle	5 (17,2%)	6 (17,6%)	9 (34,6%)	NS
1. Suivi parallèle psychiatrique	12 (41,4%)	25 (73,5%)	11 (42,3%)	p=0,014
2. Suivi parallèle socio-éducatif (ASE)	19 (65,5%)	8 (23,5%)	7 (26,9%)	p=0,0011
3. Suivi parallèle judiciaire	12 (41,4%)	3 (8,8%)	2 (7,7%)	p=0,0001

DONNEES RETROSPECTIVES:	Devenir 1 (N=19)	Devenir 2 (N=34)	Devenir 3 (N=26)	p
* Données médico-sociales:				
Diagnostic antérieur à la prise en charge en HDJ:				
0. Aucun diagnostic	4 (13,8%)	3 (8,8%)	7 (26,7%)	
1. Troubles liés à l'utilisation de substances	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
2. Schizophrénie, tb délirants (dont tb schizo-affectif)	3 (10,3%)	5 (14,7%)	1 (3,8%)	
3. Troubles de l'humeur	1 (3,5%)	3 (8,8%)	5 (19,2%)	
4. Troubles anxieux	4 (13,8%)	3 (8,8%)	4 (15,4%)	
5. Troubles du comportement alimentaire	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,8%)	
6. Troubles de la personnalité	5 (17,2%)	4 (11,8%)	3 (11,5%)	
7. Retard mental	1 (3,5%)	0 (0%)	1 (3,8%)	
8. Troubles du développement dont TED et psychoses infantiles	6 (20,7%)	14 (41,2%)	1 (3,8%)	
9. Troubles du comportement et troubles émotionnels	4 (13,8%)	1 (2,9%)	3 (11,5%)	
Total des troubles psychotiques	9 (31%)	19 (55,9%)	2 (7,7%)	p=0,0003
Total des troubles de la personnalité	5 (17,2%)	4 (11,8%)	3 (11,5%)	NS

DONNEES RETROSPECTIVES:	Devenir 1 (N=19)	Devenir 2 (N=34)	Devenir 3 (N=26)	p
* Données médico-sociales:				
Diagnostic posé au cours de la prise en charge en HDJ:				
1. Troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
2. Schizophrénie, troubles délirants (dont tb schizo-affectif)	2 (6,9%)	10 (29,4%) (dont 2 (5,9%))	4 (15,4%) à 5 (19,2%)	
3. Troubles de l'humeur	1 (3,5%)	1 (2,9%)	3 (11,5%)	
4. Troubles anxieux	1 (3,5%)	0 (0%) à 3 (8,8%)	4 (15,4%) à 5 (19,2%)	
5. Troubles du comportement alimentaire	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,8%)	
6. Troubles de la personnalité	14 (48,3%) à 15 (51,7%)	6 (17,6%) à 9 (26,5%)	8 (30,8%) à 9 (34,6%)	
7. Retard mental	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
8. Troubles du développement dont TED et psychoses infantiles	4 (13,8%) à 6 (20,7%)	9 (26,5%) à 16 (47,1%)	2 (7,7%) à 3 (11,5%)	
9. Troubles du comportement et troubles émotionnels	4 (13,8%) à 6 (20,7%)	1 (2,9%) à 2 (5,9%)	2 (7,7%)	
Total des troubles psychotiques	6 (20,7%) à 8 (27,6%)	19 (55,9%) à 26 (76,5%)	6 (23,1%) à 8 (30,8%)	p=0,031
Total des troubles de la personnalité	14 (13,8%) à 15 (51,7%)	6 (17,6%) à 9 (26,5%)	8 (30,8%) à 9 (34,6%)	p=0,0014
Pathologie somatique	8 (27,6%)	14 (41,2%)	8 (27,6%)	NS

DONNEES RETROSPECTIVES:	Devenir 1 (N=19)	Devenir 2 (N=34)	Devenir 3 (N=26)	p
* Données relatives à la prise en charge:				
Origine de la demande:				
Demande initiée par la pédopsychiatrie de secteur (ambulatoire)	12 (41,4%)	21 (61,8%)	13 (50%)	NS
Demande initiée par la pédopsychiatrie de secteur (HC)	14 (48,3%)	11 (32,3%)	5 (19,2%)	p=0,081
Demande initiée par la pédopsychiatrie libérale	1 (3,5%)	1 (2,9%)	5 (19,2%)	NS
Demande initiée par le socio-éducatif (seul ou conjointement)	4 (13,8%)	5 (14,7%)	5 (19,2%)	NS
Demande initiée par le judiciaire (seul ou conjointement)	2 (6,9%)	0 (0%)	0 (0%)	NS

DONNEES RETROSPECTIVES:	Devenir 1 (N=19)	Devenir 2 (N=34)	Devenir 3 (N=26)	p
* Données relatives à la prise en charge:				
Déroulement de la prise en charge:				
Durée effective de la prise en charge	16,19 mois	21,27 mois	8,59 mois	
Prise en charge inférieure à 3 mois	7 (24,1%)	3 (8,8%)	6 (23,1%)	NS
Deuxième séjour (effectif ou tentative)	1 (3,5%)	4 (11,8%)	2 (7,7%)	NS

Taux d'absentéisme:				
1. Taux d'absentéisme élevé d'emblée	12 (41,4%)	6 (17,6%)	11 (42,3%)	
2. Taux d'absentéisme élevé après cassure	5 (17,2%)	3 (8,8%)	4 (15,4%)	
3. Taux de présence satisfaisant	12 (41,4%)	25 (73,5%)	11 (42,3%)	p=0,014
Hospitalisation complète pendant la prise en charge HDJ :				p=0,003
1. Un séjour hospitalier en HC	8 (27,6%)	9 (26,5%)	5 (19,2%)	
2. Plusieurs séjours hospitaliers en HC	12 (41,4%)	9 (26,5%)	1 (3,8%)	
Admission en HDJ au décours d'une HC	6 (20,7%)	3 (8,8%)	1 (3,8%)	

DONNEES RETROSPECTIVES:		Devenir 1 (N=19)	Devenir 2 (N=34)	Devenir 3 (N=26)	p
* Données relatives à la prise en charge:					
Age moyen en fin de prise en charge	17,14 ans	17,39 ans	16,37 ans		
Motif de sortie:					
1. Fin de la prise en charge en HDJ	1 (3,5%)	6 (17,6%)	7 (26,9%)		
2. Changement des modalités de prise en charge	9 (31%)	22 (64,7%)	4 (15,4%)		
3. Refus du jeune ou de sa famille de poursuivre la prise en charge	19 (65,5%)	6 (17,6%)	15 (57,7%)		p=0,0002
Suivi à la sortie:					
0. Aucun suivi à la sortie	7 (24,1%)	2 (5,9%)	12 (46,2%)		p=0,001
1. Suivi psychiatrique à la sortie	16 (55,2%)	31 (91,2%)	9 (34,6%)		p=9,31E-6
2. Suivi socio-éducatif à la sortie	8 (27,6%)	6 (17,6%)	6 (23,1%)		NS
3. Suivi judiciaire à la sortie	4 (13,8%)	0 (0%)	1 (3,8%)		p=0,048
Etat clinique à la sortie:					
1. Evolution défavorable	11 (37,9%)	2 (5,9%)	2 (7,7%)		p=8,9E-5
2. Stabilisation	18 (62,1%)	29 (85,3%)	16 (61,5%)		
3. Evolution favorable	0 (0%)	3 (8,8%)	8 (30,8%)		

DONNEES RETROSPECTIVES:		Devenir 1 (N=19)	Devenir 2 (N=34)	Devenir 3 (N=26)	p
* Données relatives à la prise en charge:					
Situation à la sortie:					
0. Inconnue	7 (24,1%)	14 (41,2%)	7 (26,9%)		
1. Scolarité ou formation	4 (13,8%)	7 (20,6%)	11 (42,3%)		
2. Activité professionnelle (dont adaptée)	0 (0%)	1 (2,9%)	3 (11,5%)		
3. Lieu de soin médico-scolaire	3 (10,3%)	5 (14,7%)	3 (11,5%)		
4. Lieu de vie médicalisé	1 (3,5%)	3 (8,8%)	1 (3,8%)		
5. Hospitalisation complète	8 (27,6%)	4 (11,8%)	1 (3,8%)		
6. Incarcération	2 (6,9%)	0 (0%)	0 (0%)		
7. Errance	3 (10,3%)	0 (0%)	0 (0%)		
Total Situations stables (1+2+3+4)	8 (27,6%)	16 (47%)	18 (69,2%)		p=0,018
Total Situations instables (5+6+7)	13 (44,8%)	4 (11,8%)	1 (3,8%)		p=0,018

Reprise ou poursuite de la scolarité à la fin de l'HDJ	10 (34,5%)	19 (55,9%)	15 (57,7%)	NS
---	------------	------------	------------	----

F. Tableaux comparatifs des données catamnestiques selon le critère du devenir :

DONNEES CATAMNESTIQUES:	Devenir 1 (N=26)	Devenir 2 (N=34)	Devenir 3 (N=26)
* Données propres à l'enquête:	N=26 (29 - 3 décès)	N=34	N=26
Décès	3 (10,3%) sur N=29	0 (0%)	0 (0%)
Recul moyen depuis la fin de la prise en charge	8,54 ans (médiane: 8,35 ans)	7,55 ans (médiane: 8 ans)	7,34 ans (médiane 7,6 ans)
* Données socio-démographiques:	N=26	N=34	N=26
Age moyen au moment de l'enquête	25,27 ans	24,21 ans	23,69 ans
Décès	3 (10,3%) sur N=29	0 (0%)	0 (0%)

DONNEES CATAMNESTIQUES:	Devenir 1 (N=26)	Devenir 2 (N=34)	Devenir 3 (N=26)
* Données relatives à la prise en charge médicale:	N=26	N=34	N=26
Suivi psychiatrique en cours:			
0. Rupture de suivi psychiatrique	18 (69,2%)	2 (5,9%)	26 (100%)
1. Suivi psychiatrique aléatoire	3 (11,5%)	2 (5,9%)	0 (0%)
2. Suivi psychiatrique sous contrainte	2 (7,7%)	0 (0%)	0 (0%)
3. Suivi psychiatrique régulier volontaire	3 (11,5%)	30 (88,2%)	0 (0%)
Suivi psychologique en cours/passé	2 (7,7%)	14 (41,2%)	2 (7,7%)/ 2 (7,7%)
Prise en charge en HDJ ou CATTP:			
1. Prise en charge en HDJ ou CATTP en cours	0 (0%)	10 (29,4%)	0 (0%)
2. Prise en charge en HDJ ou en CATTP passée	5 (19,2%)	8 (23,5%)	1 (3,8%)

DONNEES CATAMNESTIQUES:	Devenir 1 (N=26)	Devenir 2 (N=34)	Devenir 3 (N=26)
* Données relatives à la prise en charge médicale:	N=26 - 3	N=34	N=26
Prescription médicamenteuse psychotrope:			
0. Pas de traitement prescrit	17 (65,4%)	3 (8,8%)	26 (100%)
1. Traitement prescrit mais non suivi	4 (15,4%)	0 (0%)	0 (0%)
2. Traitement prescrit avec une bonne observance	5 (19,2%)	31 (91,2%)	0 (0%)
Nature de la prescription:			
1. Prescription unique	5 (19,2%)	26 (76,5%)	0 (0%)
2. Prescription multiple	4 (15,4%)	5 (14,7%)	0 (0%)
Prescription comprenant:			

a. Traitement antidépresseur	2 (7,7%)	5 (14,7%)	0 (0%)
b. Traitement antipsychotique (incisif/thymorégulateur)	7 (26,9%)	25 (73,5%)	0 (0%)
c. Traitement antiépileptique (thymorégulateur/anti-impulsif)	2 (7,7%)	5 (14,7%)	0 (0%)
d. Traitement de substitution aux opiacés	2 (7,7%)	0 (0%)	0 (0%)
e. Traitement retard injectable	1 (3,8%)	5 (14,7%)	0 (0%)

DONNEES CATAMNESTIQUES:	Devenir 1 (N=26)	Devenir 2 (N=34)	Devenir 3 (N=26)
* Données relatives à la prise en charge médicale:	(N=29 – 3)	N=34	N=26
Hospitalisation complète dans les 3 ans:	16 (61,5%)	16 (47,1%)	3 (11,5%)
1. Hospitalisation uniquement en soins libres	6 (23,1%)	5 (14,7%)	2 (7,7%)
2. Au moins une hospitalisation sous contrainte	10 (38,5%)	11 (32,3%)	1 (3,8%)
3. Hospitalisation uniquement sous contrainte	4 (15,4%)	5 (14,7%)	0 (0%)
4. Hospitalisation selon les 2 modalités	6 (23,1%)	6 (17,6%)	1 (3,8%)
5. Au moins une mesure de SDT/HDT	9 (34,6%)	9 (26,5%)	1 (3,8%)
6. Au moins une mesure de SDRE/HO	4 (15,4%)	2 (5,9%)	0 (0%)
Antécédents d'hospitalisation en USIP	1 (3,8%)	0 (0%)	0 (0%)
Antécédents d'hospitalisation en UMD	2 (7,7%)	1 (2,9%)	0 (0%)
Hospitalisation en 2012	5 (19,2%)	1 (2,9%)	0 (0%)
Hospitalisation en cours	3 (11,5%)	0 (0%)	0 (0%)

DONNEES CATAMNESTIQUES:	Devenir 1 (N=26)	Devenir 2 (N=34)	Devenir 3 (N=26)
* Données relatives à la prise en charge médicale:	(N=29 - 3 décès)	N=34	N=26
Diagnostic rapporté par le patient ou la famille sur les troubles à l'adolescence ou actuels:	3 (11,5%)	19 (55,9)	5 (19,2%)
Aucun diagnostic rapporté par le patient ou la famille	23 (88,5%)	15 (44,1%)	21 (80,8%)
Diagnostic sous-évalué ou organicisé	0 (0%)	3 (8,8%)	1 (3,8%)
Diagnostic concordant aux troubles présentés à l'adolescence	3 (11,5%)	16 (47,1%)	4 (15,4%)
1. Troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives	2 (7,7%)	0 (0%)	0 (0%)
2. Schizophrénie, troubles délirants (dont tb schizo-affectif)	0 (0%)	5 (14,7%)	3 (11,5%)
3. Troubles de l'humeur	1 (3,8%)	5 (14,7%)	1 (3,8%)
4. Troubles anxieux	0 (0%)	2 (5,9%)	0 (0%)
5. Troubles du comportement alimentaire	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,8%)
6. Troubles de la personnalité	1 (3,8%)	1 (2,9%)	0 (0%)
7. Retard mental	0 (0%)	1 (2,9%)	0 (0%)
8. Troubles du développement dont TED et psychoses infantiles	0 (0%)	9 (26,5%)	0 (0%)

9. Troubles du comportement et troubles émotionnels	0 (0%)	2 (5,9%)	0 (0%)
Total des troubles psychotiques	0 (0%)	14 (41,2%) (sur 19 rapportés)	3 (11,5%)

DONNEES CATAMNESTIQUES:	Devenir 1 (N=26)	Devenir 2 (N=34)	Devenir 3 (N=26)
* Données relatives à la prise en charge médicale:	(N=29 - 3 décès)	N=34	N=26
Diagnostic actuel retrouvé dans les dossiers récents:	N=29	N=34	N=26
0. Pas de diagnostic récent retrouvé	10 (34,5%)	2 (5,9%)	21 (80,8%)
1. Troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives	3 (10,3%)	0 (0%)	0 (0%)
2. Schizophrénie, troubles délirants (dont tb schizo-affectif)	4 (13,8%)	12 (35,3%)	2 (7,7%)
3. Troubles de l'humeur	2 (6,9%)	1 (2,9%)	0 (0%)
4. Troubles anxieux	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
5. Troubles du comportement alimentaire	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
6. Troubles de la personnalité	7 (24,1%)	4 (11,8%)	1 (3,8%)
7. Retard mental	1 (3,5%)	1 (2,9%)	0 (0%)
8. Troubles du développement dont TED et psychoses infantiles	3 (10,3%)	9 (26,5%)	0 (0%)
9. Troubles du comportement et troubles émotionnels	0 (0%)	2 (5,9%)	2 (7,7%)
10. Troubles liés à des facteurs environnementaux	1 (3,5%)	0 (0%)	0 (0%)
Total des troubles psychotiques	7 (24,1%)	21 (61,8%)	2 (7,7%)
Total des troubles de la personnalité	7 (24,1%)	4 (11,8%)	1 (3,8%)
Pathologie somatique	1 (3,8%)	6 (17,6%)	3 (11,5%)

DONNEES CATAMNESTIQUES:	Devenir 1 (N=26)	Devenir 2 (N=34)	Devenir 3 (N=26)
* Données relatives au devenir social:	(N=29 - 3 décès)		
Suivi non médical:			
1. Suivi social en cours	10 (38,5%)	21 (61,8%)	2 (7,7%)
2. Suivi éducatif en cours/passé	3 (11,5%)/1 (3,8%)	15 (44,2%)	3 (11,5%)/2 (7,7%)
3. Suivi judiciaire en cours ou passé	10 (38,5%)	1 (2,9%)	0 (0%)
Antécédents d'incarcération(s)	6 (23,1%)	1 (2,9%)	0 (0%)

DONNEES CATAMNESTIQUES:	Devenir 1 (N=26)	Devenir 2 (N=34)	Devenir 3 (N=26)
* Données relatives au devenir social:	(N=29 - 3)		
Hébergement actuel:			
0. SDF, errance	4 (15,4%)	0 (0%)	0 (0%)
1. Hébergement par la famille	9 (34,6%)	13 (38,2%)	10 (38,5%)

2. Logement autonome	6 (23,1%)	13 (38,2%)	15 (57,7%)
3. Foyer ou institution	2 (7,7%)	7 (20,6%)	1 (3,8%)
4. Hospitalisation à temps complet	3 (11,5%)	0 (0%)	0 (0%)
5. Incarcération	2 (7,7%)	0 (0%)	0 (0%)
Hébergement seul	0 (0%)	8 (23,5%)	5 (19,2%)
Antécédent d'errance	9 (34,6%)	0 (0%)	0 (0%)
Antécédent d'hébergement en foyer social	7 (26,9%)	5 (14,7%)	1 (3,8%)
Antécédent d'hébergement en foyer médicalisé	1 (3,8%)	7 (20,6%)	0 (0%)
Antécédent d'hébergement en appartement thérapeutique	0 (0%)	3 (8,8%)	0 (0%)

DONNEES CATAMNESTIQUES:	Devenir 1 (N=26)	Devenir 2 (N=34)	Devenir 3 (N=26)
* Données relatives au devenir social:	(N=29 - 3 décès)		
Source de revenus principale:			
0. Sans ressource	7 (26,9%)	0 (0%)	0 (0%)
1. Sans ressource en dehors de périodes de travail très ponctuelles ou non déclarées	3 (11,5%)	0 (0%)	0 (0%)
2. Aide des parents	3 (11,5%)	1 (2,9%)	6 (23,1%)
3. AAH seule	6 (23,1%)	24 (70,6%)	0 (0%)
4. AAH avec complément de salaire	0 (0%)	6 (17,6%)	2 (7,7%)
Total des adultes touchant l'AAH	6 (23,1%)	30 (88,2%)	2 (7,7%)
5. RSA ou allocations chômage	5 (19,2%)	0 (0%)	7 (26,9%)
6. Salaire régulier	1 (3,8%)	3 (8,8%)	11 (42,3%)
Mesure de protection des biens:	5 (19,2%)	19 (55,9%)	2 (7,7%)
1. Curatelle (simple ou renforcée)	5 (19,2%)	16 (47,1%)	2 (7,7%)
2. Tutelle	0 (0%)	3 (8,8%)	0 (0%)

DONNEES CATAMNESTIQUES:	Devenir 1 (N=26)	Devenir 2 (N=34)	Devenir 3 (N=26)
* Données relatives au devenir social:	(N=29 - 3 décès)		
Situation personnelle:			
Statut marital:			
0. Célibataire	16 (61,5%)	27 (79,4%)	17 (65,4%)
1. Dans une relation stable	9 (34,6%)	5 (14,7%)	4 (15,4%)
2. Marié ou Pacsé	1 (3,8%)	1 (2,9%)	4 (15,4%)
3. Divorcé	0 (0%)	1 (2,9%)	1 (3,8%)
Statut parental:			
0. Sans enfant	17 (65,4%)	31 (91,2%)	21 (80,8%)
1. 1 enfant	6 (23,1%)	3 (8,8%)	2 (7,7%)
2. 2 enfants	1 (3,8%)	1 (2,9%)	2 (7,7%)
3. 3 enfants	1 (3,8%)	1 (2,9%)	1 (3,8%)
4. 4 enfants	1 (3,8%)	0 (0%)	0 (0%)
Garde des enfants conservée	5 (19,2%) sur 9	2 (5,9%) sur 3	5 (19,2%)
Enfant(s) placé(s)	4 (15,4%) sur 9	1 (2,9%) sur 3	0 (0%)

Relations avec la famille:			
0. Aucun contact avec la famille	5 (19,2%)	4 (11,8%)	0 (0%)
1. Contact irréguliers avec la famille	13 (50%)	4 (11,8%)	5 (19,2%)
2. Bons contacts avec la famille, réguliers	8 (30,8%)	26 (76,5%)	21 (80,8%)

DONNEES CATAMNESTIQUES:		Devenir 1 (N=26)	Devenir 2 (N=34)	Devenir 3 (N=26)
* Données relatives au devenir social:		(N=29 - 3 décès)		
Situation scolaire et professionnelle:				
Reprise ou poursuite d'une scolarité après l'HDJ	3 (11,5%)	8 (23,5%)	11 (42,3%)	
Poursuite d'une formation professionnelle après l'HDJ	3 (11,5%)	12 (35,3%)	20 (76,9%)	
Activité professionnelle:				
0. Sans, n'a jamais travaillé	13 (50%)	16 (47,1%)*	8 (30,8%) **	
1. Travail très ponctuel ou non déclaré	9 (34,6%)	1 (2,9%)	1 (3,8%)	
2. Chômage	1 (3,8%)	1 (2,9%)	5 (19,2%)	
3. Travail en ESAT ou poste adapté	1 (3,8%)	8 (23,5%)	1 (3,8%)	
4. Emploi en milieu ordinaire	2 (7,7%)	8 (23,5%)	11 (42,3%)	
Emploi instable (milieu ordinaire)	11 (42,3%)	2 (5,9%)	2 (7,7%)	
Emploi stable (milieu ordinaire)	0 (0%)	6 (17,6%)	10 (38,5%)	

* 2 sont encore étudiants (CAP en cours)

** 8 sont encore étudiants (CAP, Bac Pro, compagnonnage pour 3, Etudes supérieures pour 5)

DONNEES CATAMNESTIQUES:		Devenir 1 (N=26)	Devenir 2 (N=34)	Devenir 3 (N=26)	p
Regard sur la prise en charge en HDJ:					p=0,019
0. Aucun souvenir ou aucun commentaire récupéré	16 (61,5%)	8 (23,5%)	5 (19,2%)		
1. Regard uniquement négatif	6 (23,1%)	2 (5,9%)	7 (26,9%)		
2. Regard à la fois positif et négatif	2 (7,7%)	9 (26,5%)	8 (30,8%)		
3. Regard uniquement positif	2 (7,7%)	14 (41,2%)	6 (23,1%)		

G. Comparaison du devenir des 2 sous-populations qui ne parviennent pas à s'inscrire dans les soins en hôpital de jour :

1. Y'a-t-il une différence de devenir entre la population dont la prise en charge s'interrompt dans les 3 mois et la population pour laquelle on cherche à tout prix à maintenir la prise en charge malgré un taux d'absentéisme élevé et le peu d'investissement des soins par l'adolescent ?

Ces 2 populations présentaient pourtant plusieurs points de différences sur certaines données rétrospectives : l'absence de diagnostic antérieur (p=0.090), l'existence d'un suivi socio-

éducatif parallèle ($p=0.086$) ainsi qu'à la sortie ($p=0.001$), plus fréquents dans la population dont la prise en charge dure moins de 3 mois que dans celle dont la prise en charge est maintenue malgré l'absentéisme. Si l'on compare les différents points des résultats de l'étude catamnestique entre ces deux populations, on ne retrouve pas de différence statistiquement significative.

2. Y'a-t-il un intérêt à maintenir la prise en charge malgré un taux d'absentéisme élevé et le peu d'investissement apparent de l'adolescent pour l'hôpital de jour ? Y'a-t-il une différence de devenir entre ces jeunes souvent absents selon que la prise en charge est interrompue dans l'année ou maintenue plus d'un an ?

Nous avons tenté de comparer le devenir de la population dont la durée de prise est comprise entre 3 mois et un an ($N=16$) à celle dont la prise en charge est maintenue plus d'un an ($N=18$) malgré les absences élevées. La population dont la prise en charge chaotique a duré entre 3 mois et un an (16 jeunes dont 1 perdu de vue, soit un total de 15 jeunes) ne fait plus l'objet d'un suivi beaucoup plus fréquemment ($p=0.025$) que la population dont la prise en charge a été maintenue plus d'un an (18 jeunes dont 2 perdus de vue et 2 décédés soit 14 jeunes), de même que le taux de prescription d'un traitement ou d'une hospitalisation libre beaucoup plus bas. L'évaluation globale du devenir montre une différence avec une tendance à la significativité ($p=0.056$), la population dont la prise en charge a duré moins d'un an évolue principalement vers la stabilité sans soin (53.3%) puis vers l'instabilité (33.3%) alors que celle dont la prise en charge est maintenue plus d'un an évolue majoritairement vers l'instabilité (56.3%) puis vers la stabilité avec soins (31.2%), et seulement 12.5% vers la stabilité sans soin.

Il apparaît que les jeunes dont la prise en charge a été malgré tout maintenue plus d'un an malgré les aléas ont une évolution beaucoup plus défavorable que ceux pour lesquels la prise en charge est interrompue dans l'année, témoignant d'une pathologie psychiatrique plus lourde, d'une symptomatologie plus inquiétante, qui fait qu'on essaye de maintenir les soins malgré tout. La corrélation positive entre le temps de prise en charge et l'évolution défavorable est indirecte, et sous-tendue par le fait qu'on augmente le temps de prise en charge du fait de la lourdeur de la symptomatologie présentée. Notre étude n'ayant pas été défini avec un groupe contrôle permettant de comparer l'évolution des jeunes ayant ce profil sans les soins en hôpital de jour, il n'est pas possible de conclure ou non à l'intérêt de maintenir les soins malgré tout.

Que l'équipe de soin cherche à prolonger la prise en charge malgré des soins en apparence peu satisfaisants est bien évidemment un facteur de mauvais pronostic, témoignant de l'inquiétude de l'équipe pour le devenir de ce jeune et de la gravité de la symptomatologie présentée.

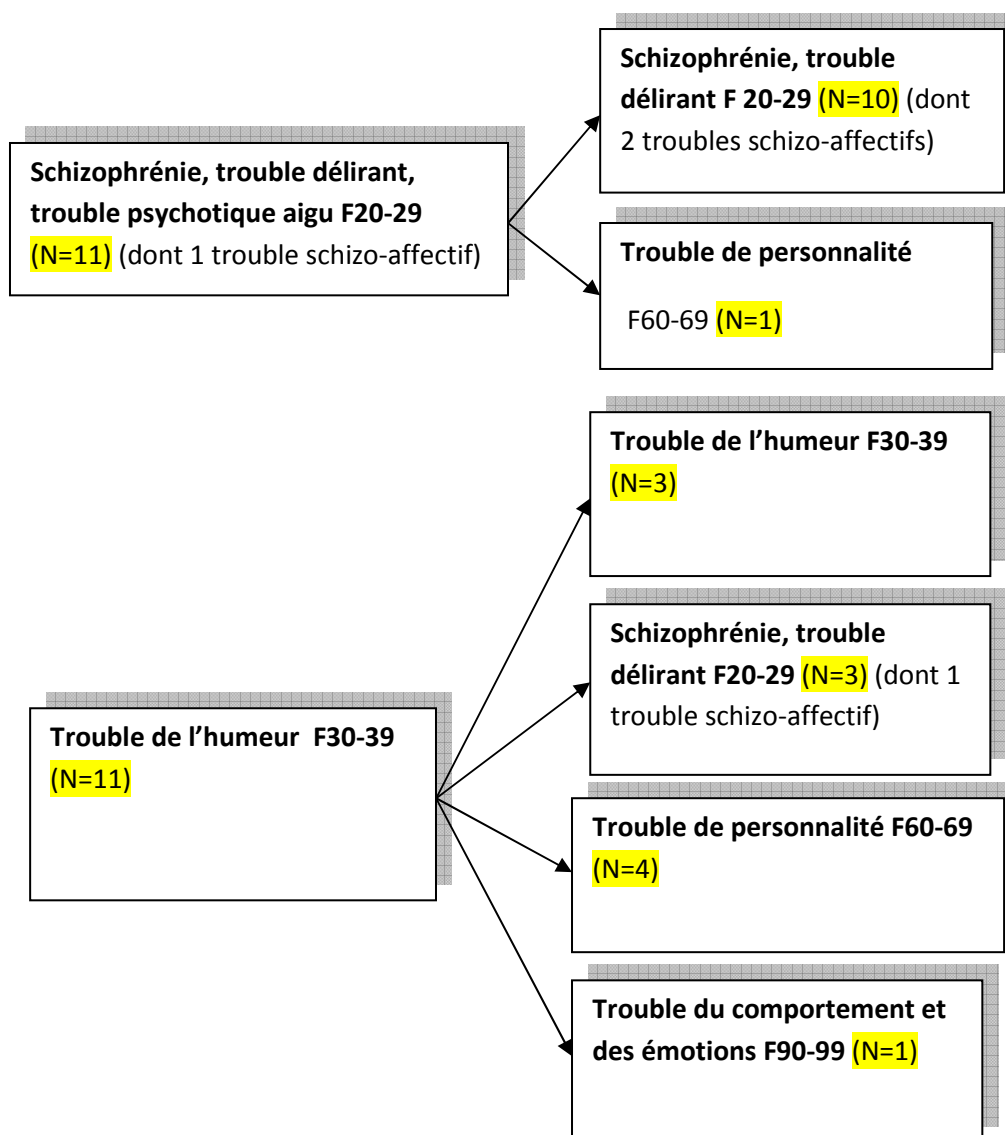
H. Corrélation des diagnostics posés au fur et à mesure de la prise en charge

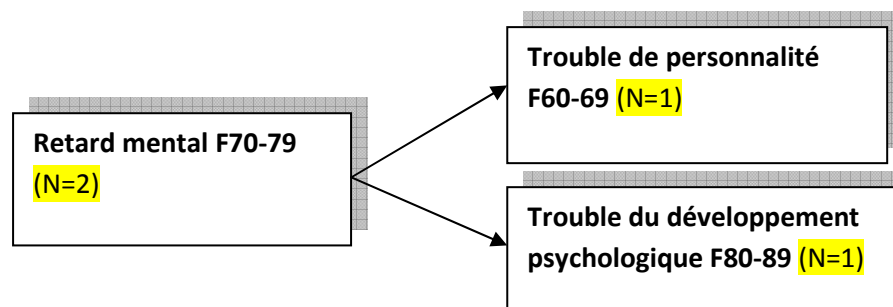
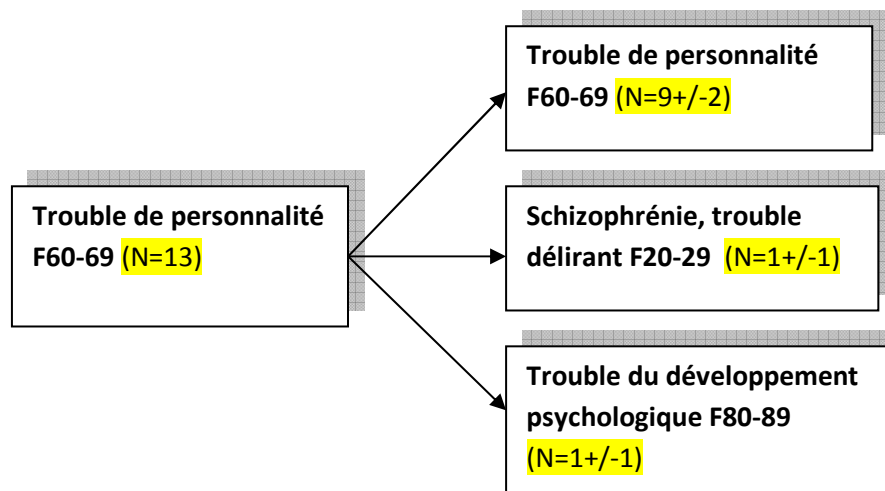
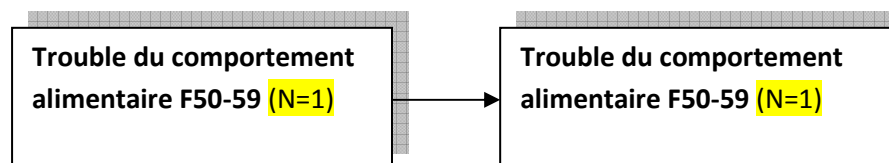
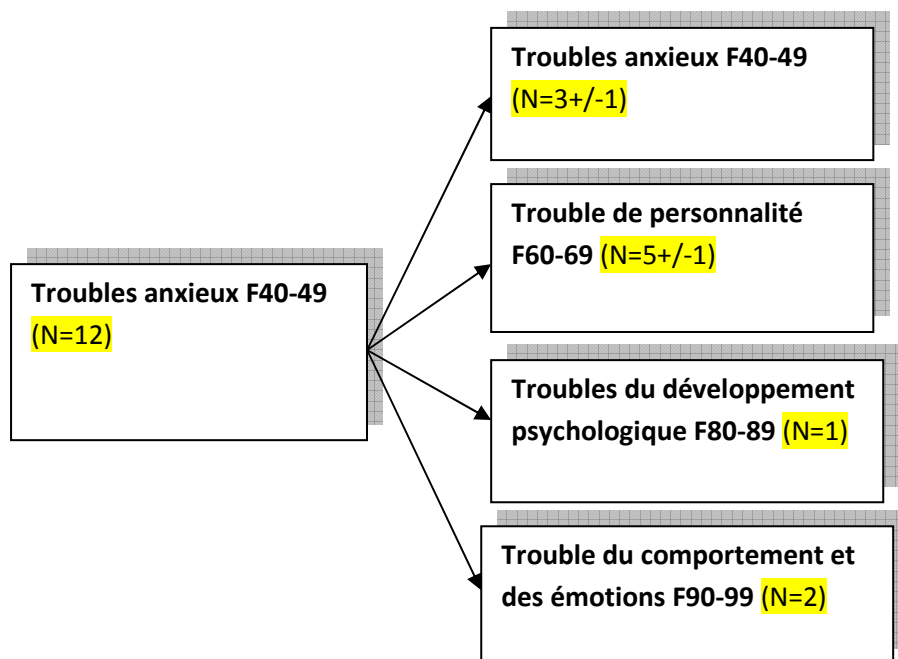
Il nous est paru intéressant de se pencher sur l'évolution des diagnostics posés pour chaque patient au cours de la prise en charge et au-delà et d'y associer leur devenir. Cette tentative de corrélation des diagnostics posés à différents temps de prise en charge et du devenir de chaque jeune peut sembler superficielle puisque qu'elle ne s'appuie pas sur des questionnaires diagnostics standardisés et dépend donc des variations diagnostiques qu'on peut observer selon l'observateur ou selon le moment de la prise en charge. Elle se révèle cependant riche en informations bien qu'imparfaite/ même s'il faut garder en tête son caractère imparfait. Notre description porte sur l'évolution des diagnostics entre les prises en charges antérieures et les soins en hôpital de jour, entre l'hôpital de jour et les prises en charges actuelles, et enfin entre le diagnostic posé en hôpital de jour et le devenir à l'âge adulte.

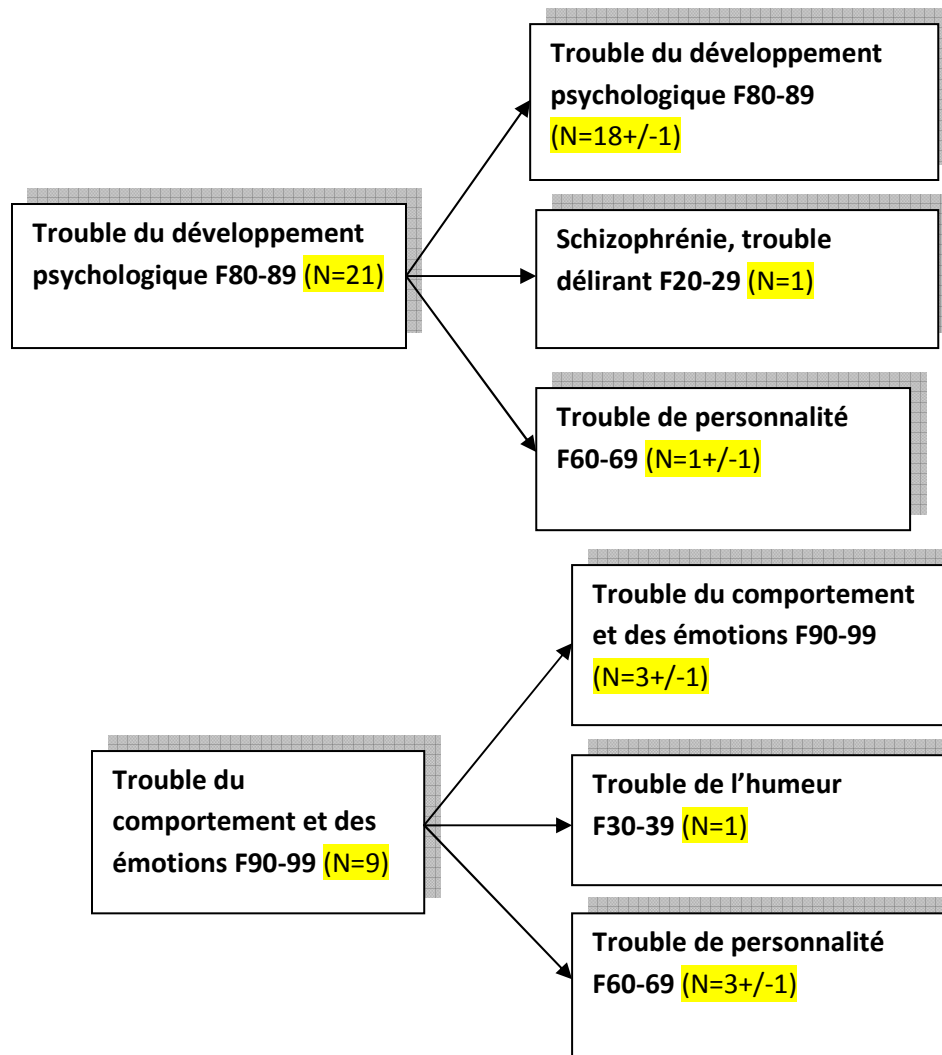
a. Evolution du diagnostic posé lors de prises en charge antérieures au diagnostic posé lors de l'Hôpital de Jour:

20% des adolescents de notre cohorte n'avaient **pas** fait l'objet d'un **diagnostic antérieur**. Pour ceux qui ont reçus un diagnostic précédemment, ce diagnostic est **stable** pour **57.5%**.

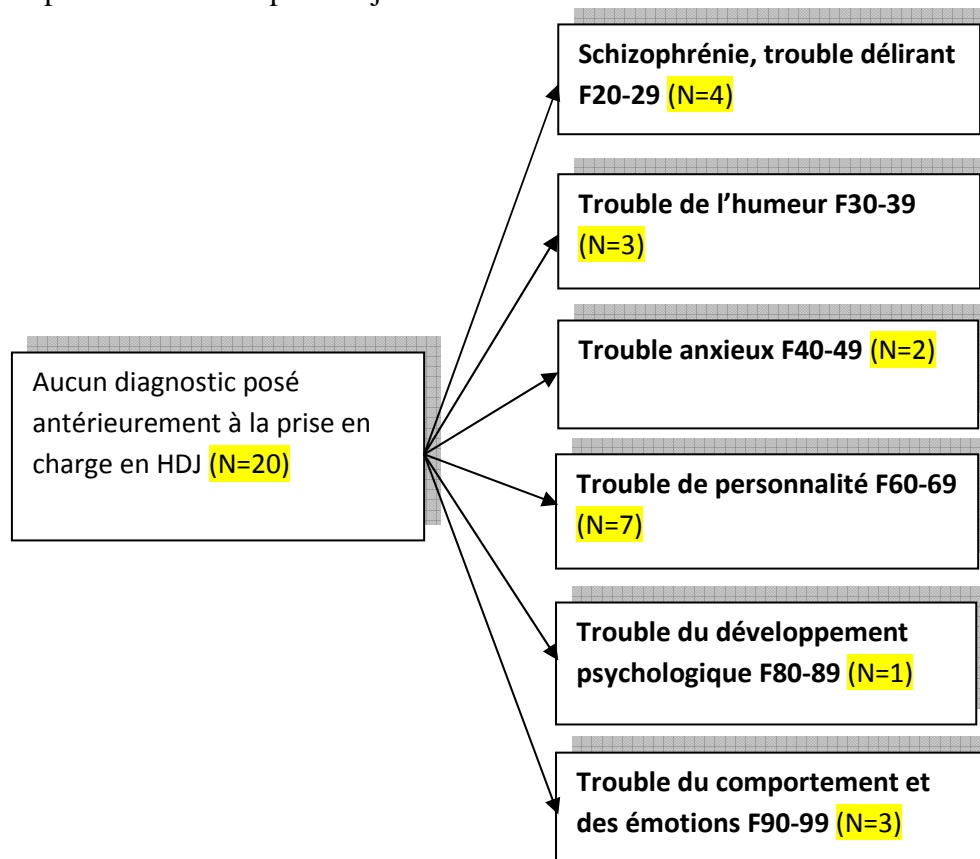
L'évolution des diagnostics entre les prises en charges antérieures et l'hôpital de jour est représentée ci-dessous :







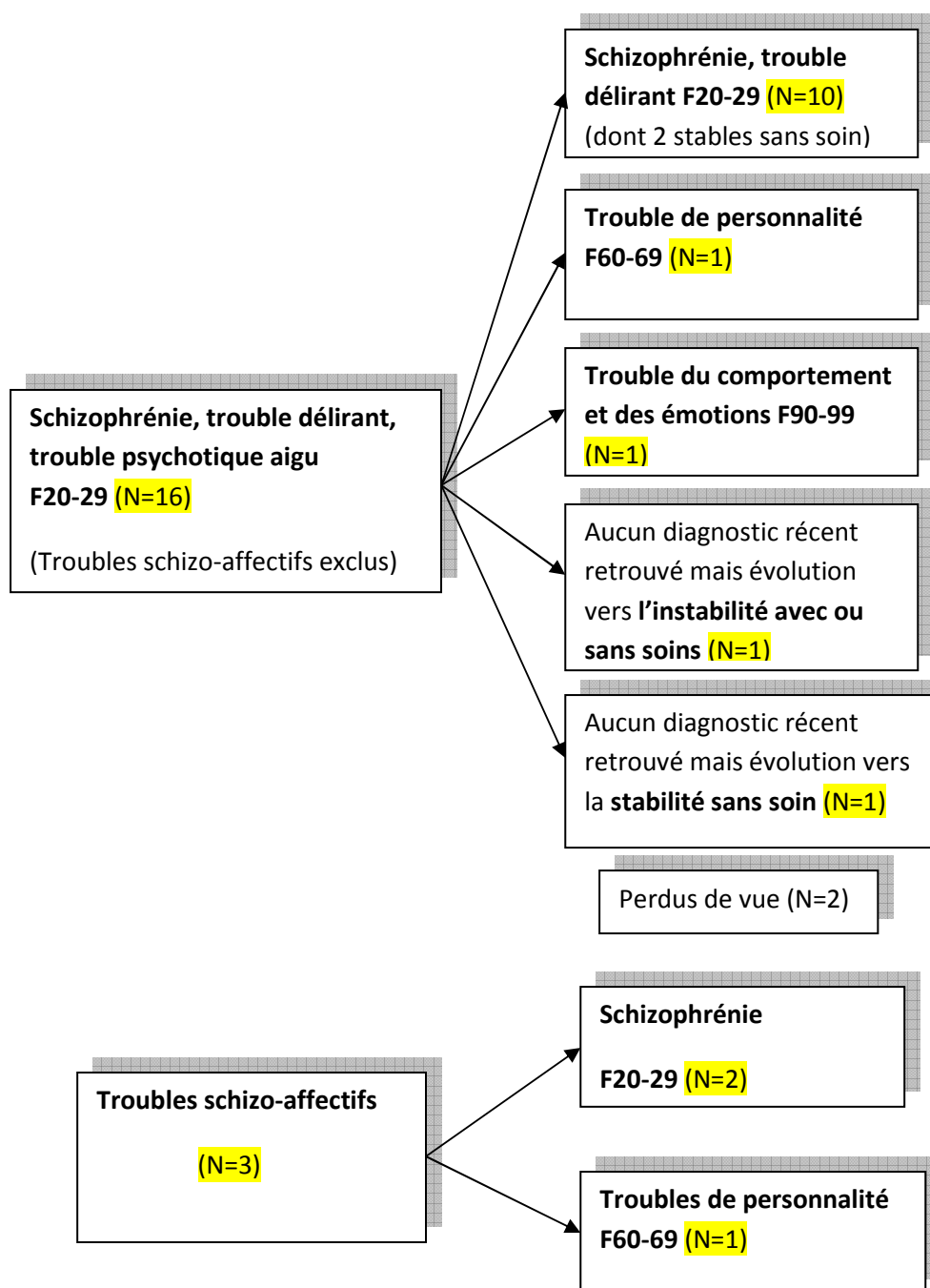
Pour les jeunes qui n'ont pas fait l'objet d'un diagnostic antérieur, la répartition des diagnostics posés lors de l'hôpital de jour est la suivante :

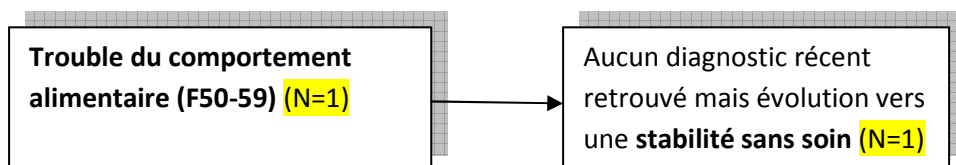
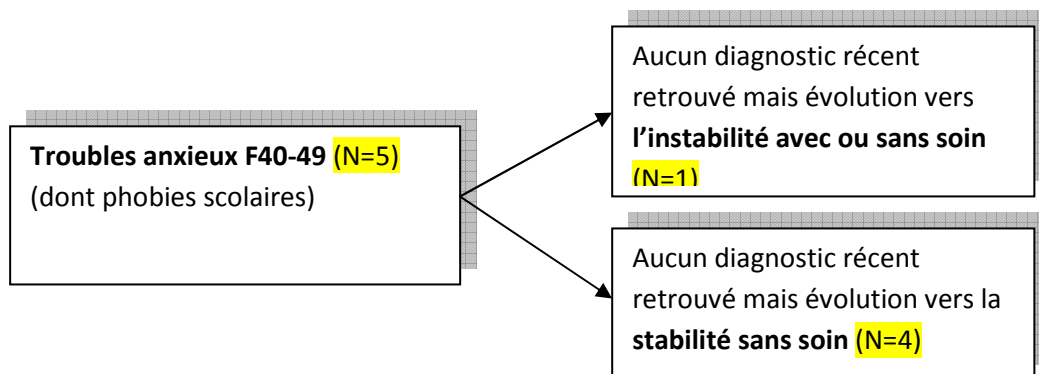
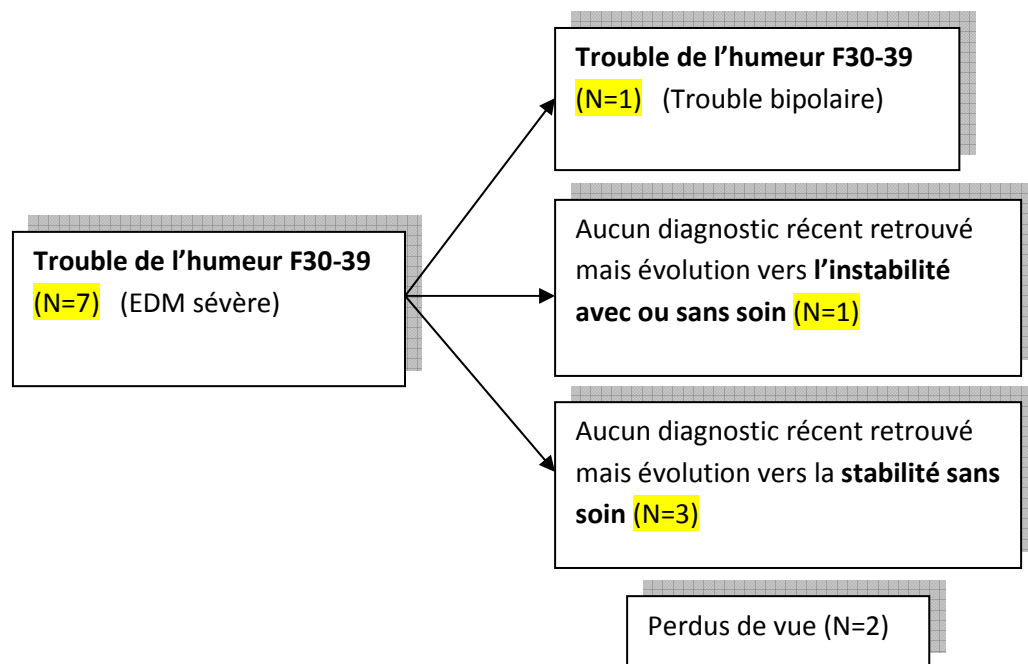


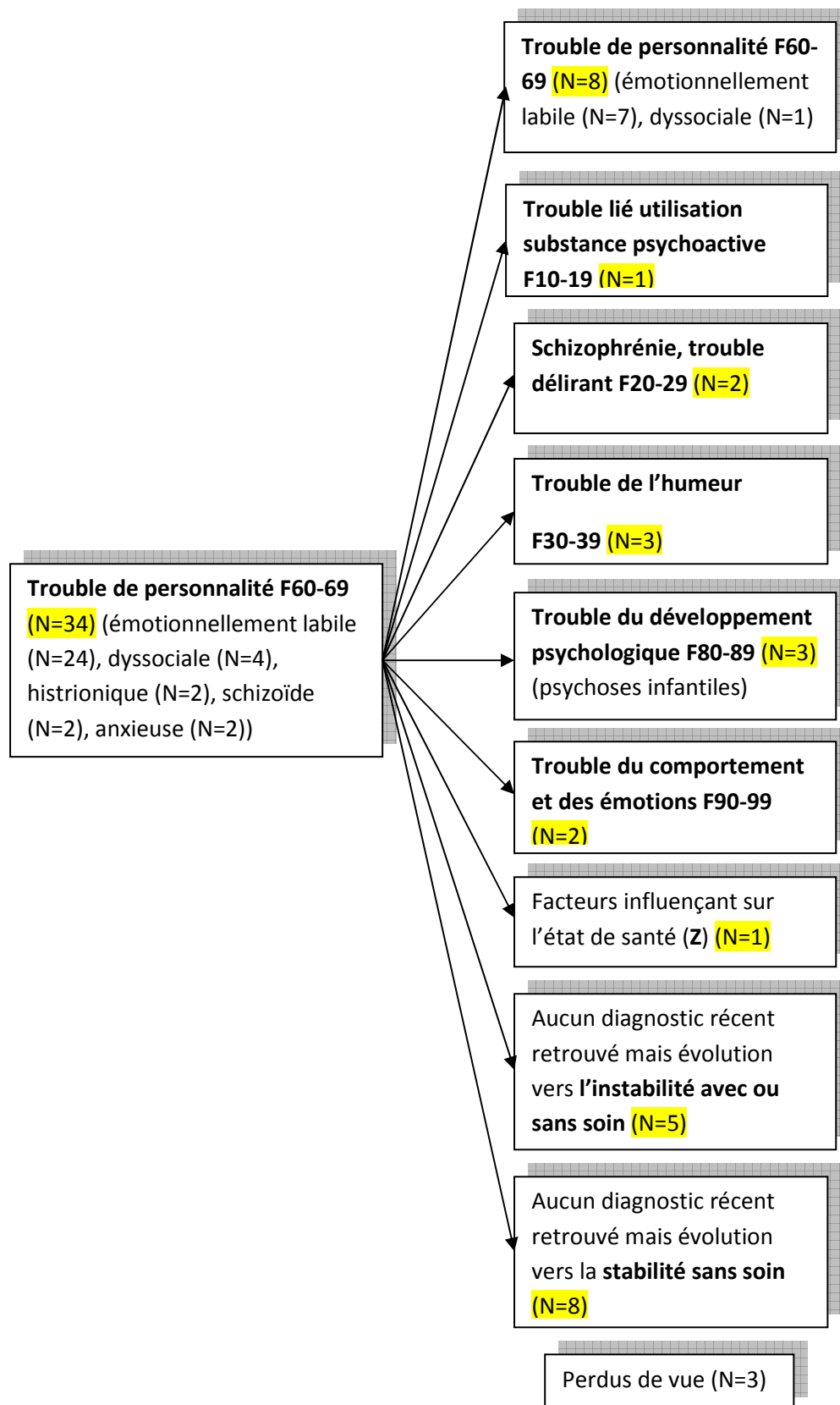
b. Evolution du diagnostic posé lors de l'Hôpital de Jour au diagnostic actuel:

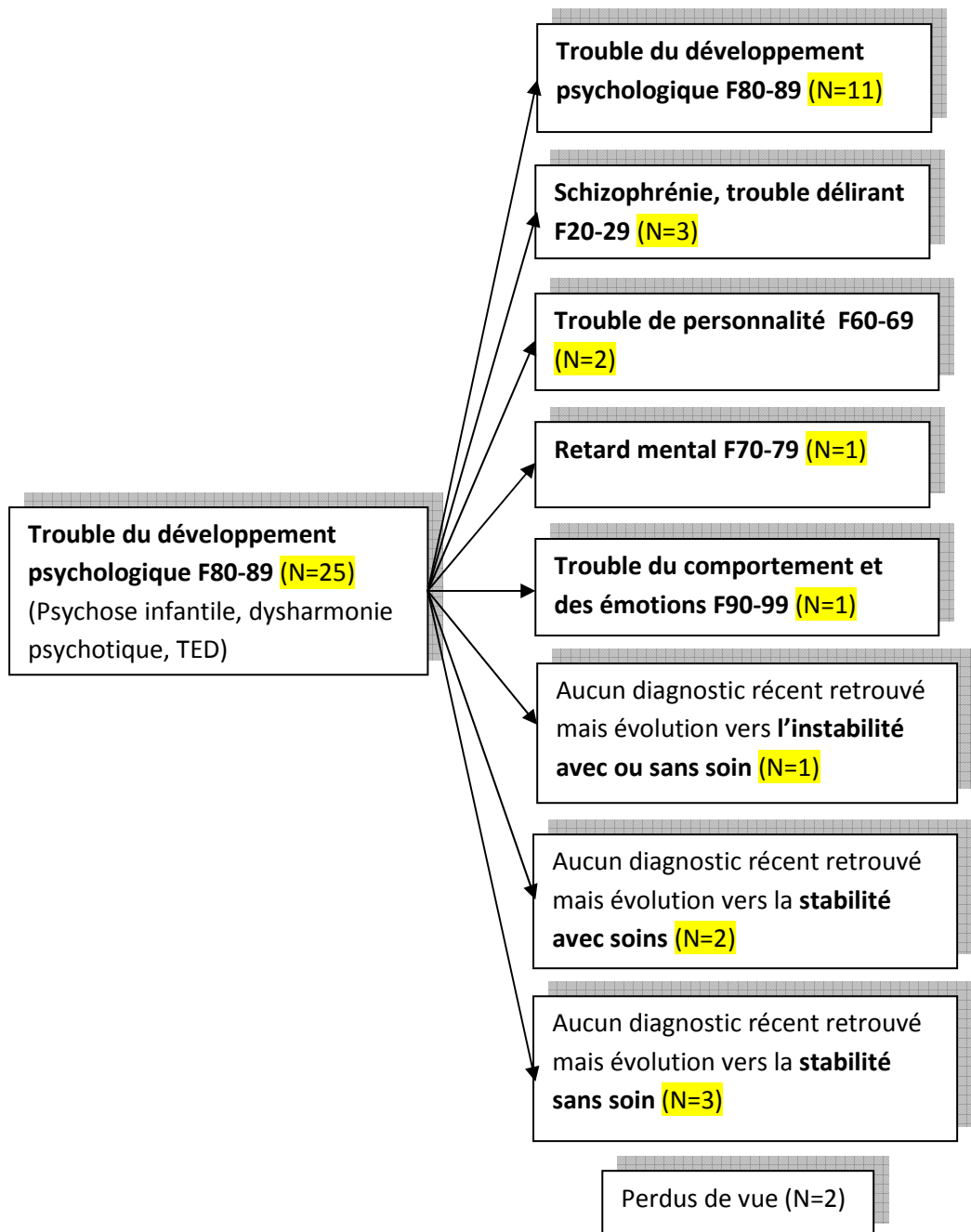
Pour **40.4%** de ces jeunes adultes nous n'avons **pas retrouvé de diagnostic récent**. Pour ceux qui ont reçu un diagnostic récemment, ce diagnostic est **stable** pour **66%** en comparaison au diagnostic posé en HDJ (35 des 53 diagnostics retrouvés).

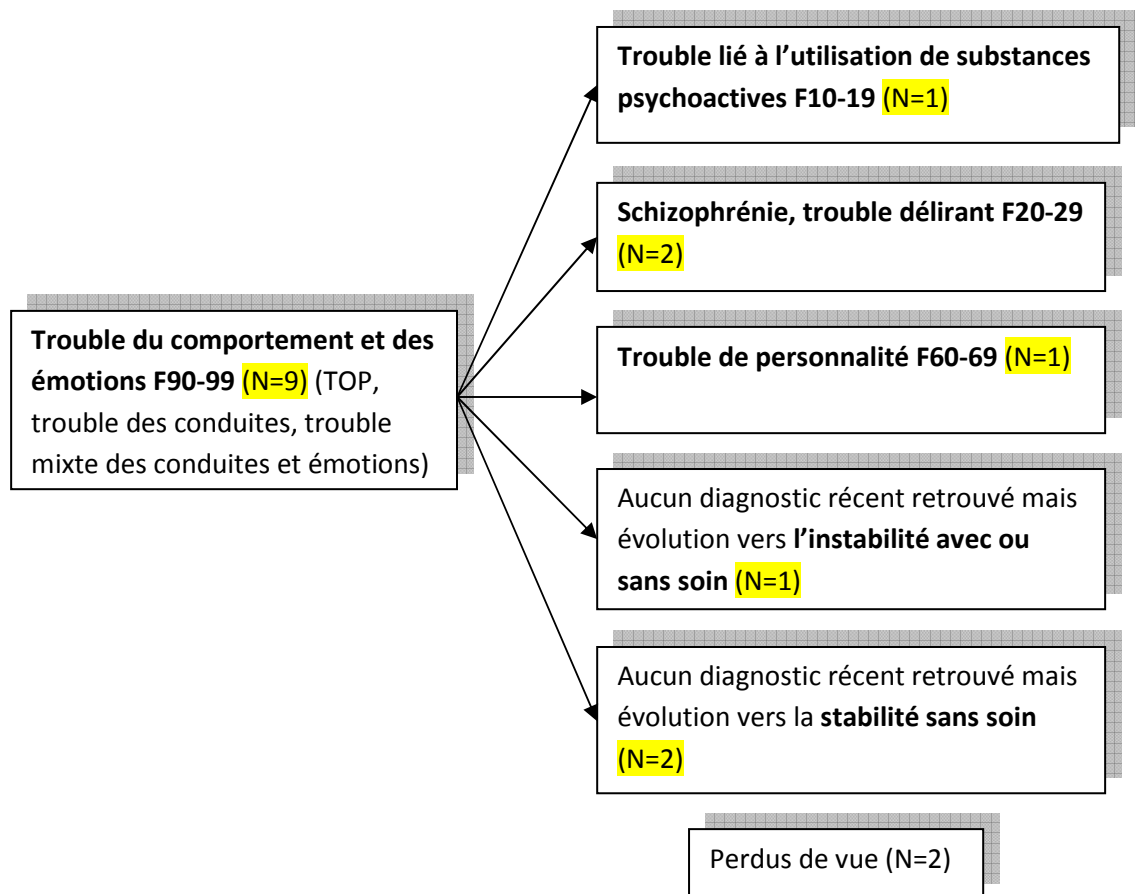
L'évolution des diagnostics entre l'hôpital de jour et la prise en charge actuelle est représentée ci-dessous :





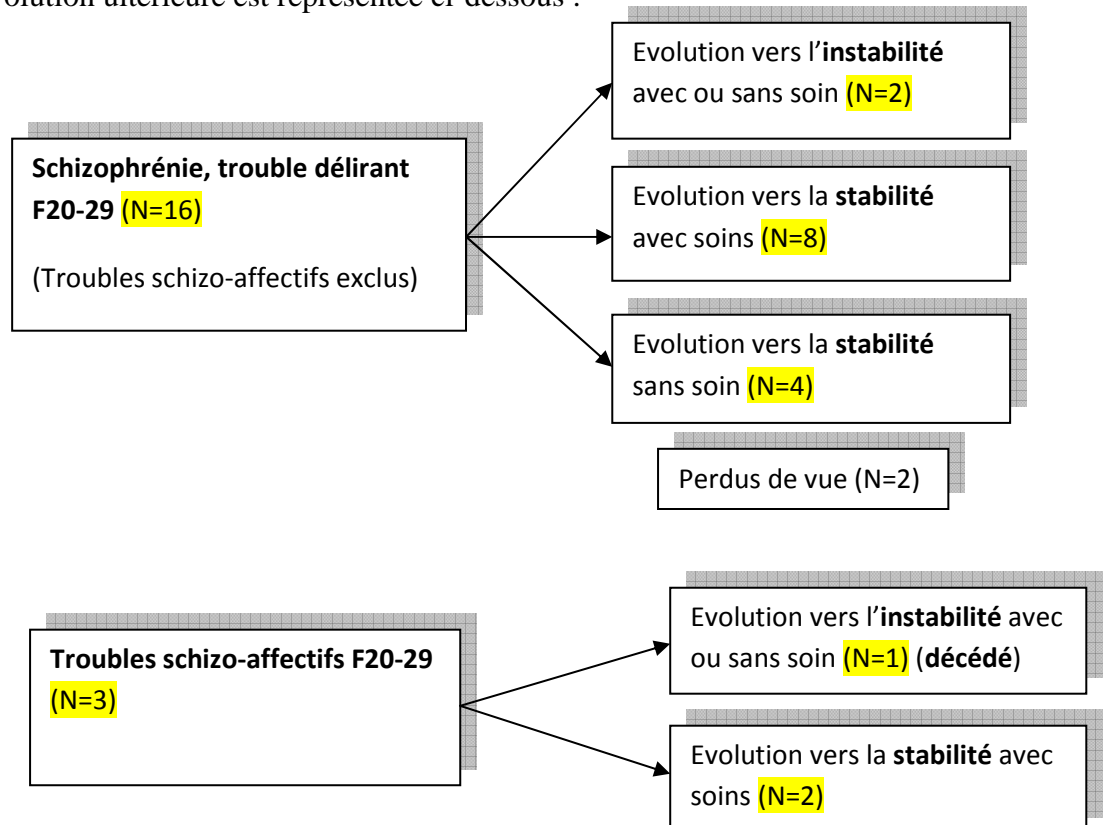


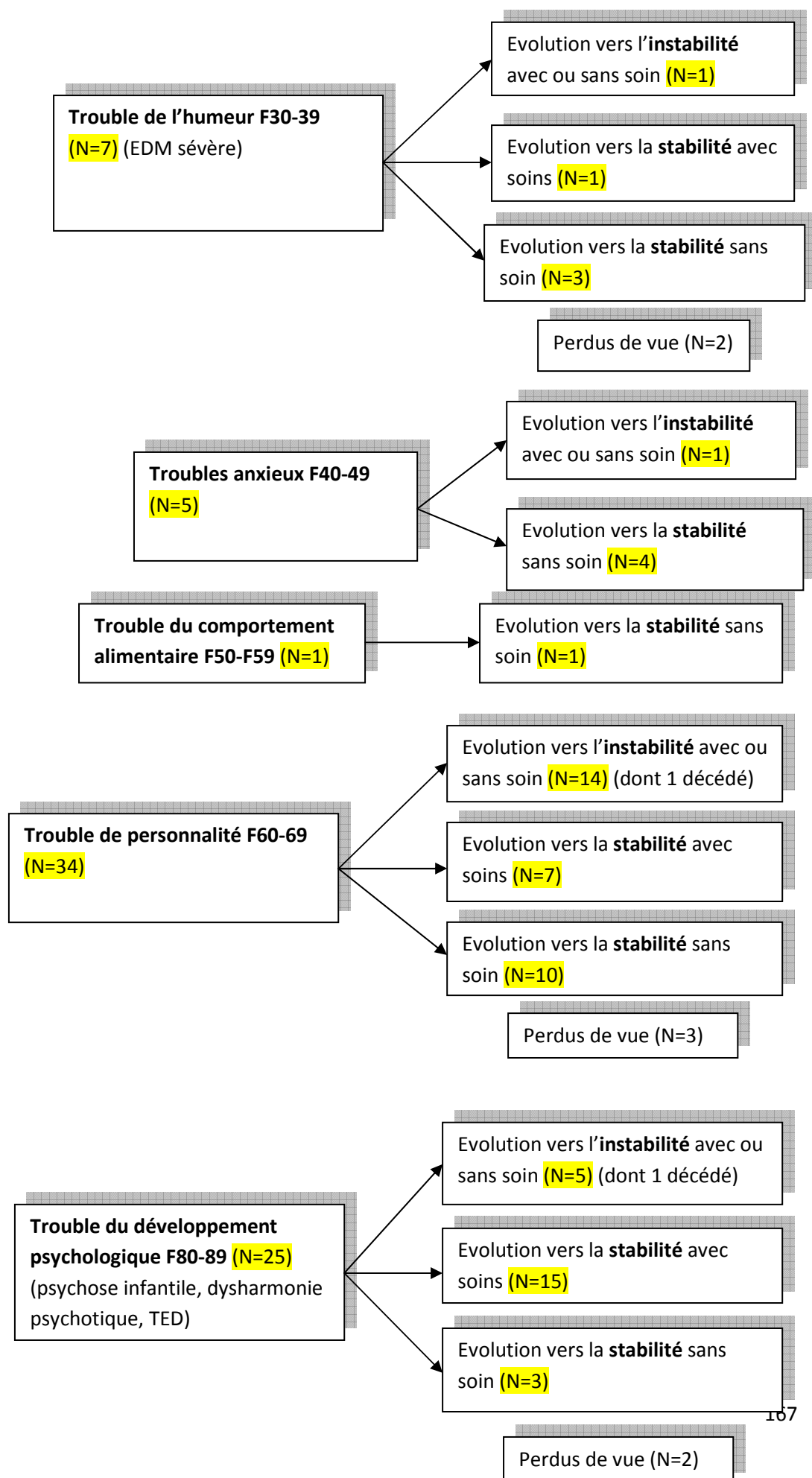


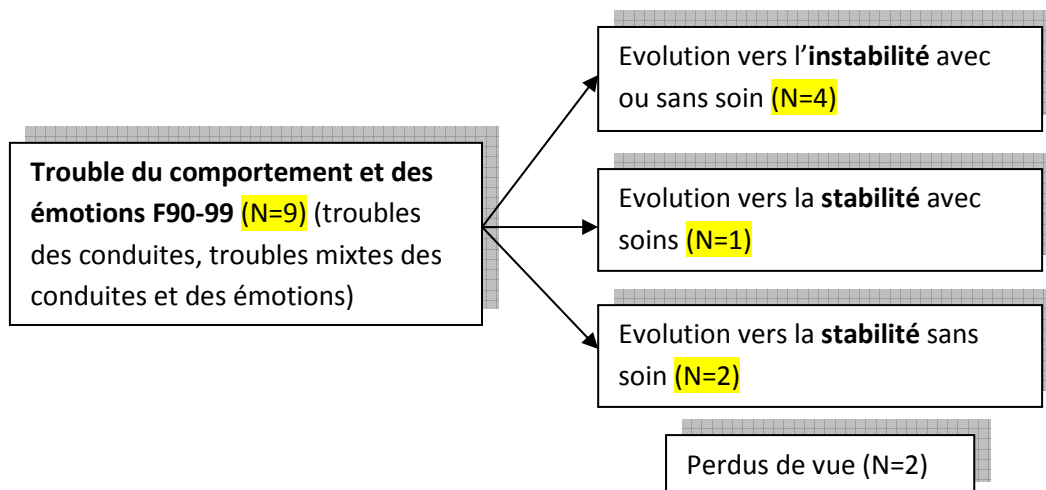


c. **Corrélation du devenir à l'âge adulte au diagnostic posé lors de la prise en charge en HDJ :**

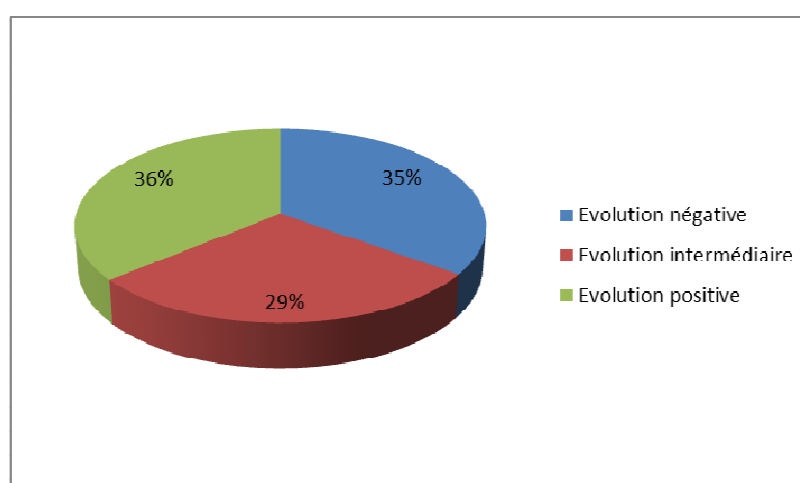
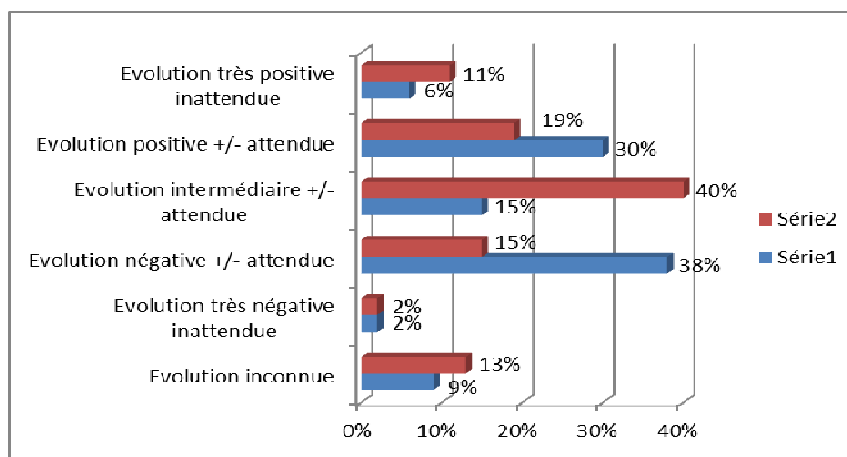
Le taux de **perdus de vue** s'élève à **11%**. La corrélation du diagnostic posé lors de l'Hôpital de jour à l'évolution ultérieure est représentée ci-dessous :







Aux vues des diagnostics et de la symptomatologie présentée lors de l'hôpital de jour, nous avons tenté de répertorier l'évolution des sujets en fonction de son caractère attendu ou prévisible ou au contraire inattendu et totalement imprévisible.



Evolution en comparaison du diagnostic posé lors de l'HDI

I. Regard porté à distance sur la prise en charge en hôpital de jour :

Quelques extraits des commentaires sur la prise en charge et du regard porté à distance :

Certaines réflexions sont particulièrement riches et pourraient servir à un travail d'élaboration en équipe pour essayer de repenser le soin en hôpital de jour et plus globalement l'ensemble des soins institutionnels proposés aux adolescents.

a. Quelques commentaires de jeunes :

➤ Patients dont la prise en charge en hôpital de jour a été inférieure à 3 mois :

"Le contact avec les autres adolescents était difficile, ça me faisait péter les plombs, j'étais très influençable, instable, j'étais contaminée par leurs symptômes, par exemple les scarifications", patiente dont la prise en charge en HDJ a été inférieure à 3 mois, diagnostiquée trouble de personnalité émotionnellement labile lors de l'HDJ, ayant été encore diagnostiquée trouble de personnalité dans les 3 ans, ayant évolué vers la **stabilité sans soins**.

"Je ne me sentais pas à l'aise par rapport aux autres jeunes, je ne connaissais pas le fonctionnement d'un HDJ", patiente dont la prise en charge en HDJ a duré moins de 3 mois, diagnostiquée trouble du comportement et des émotions lors de l'HDJ, actuellement diagnostiquée trouble de personnalité émotionnellement labile, ayant évolué vers la **stabilité avec soins**.

"L'environnement, être toujours entouré par des personnes malades n'est pas positif, on a besoin d'être entouré par des gens normaux. Tout le monde mélangé avec tout le monde à des niveaux de maladie différents, ça ne nous aide pas, c'était rabaissant pour moi. Heureusement les personnes m'ont beaucoup aidée, soutenue. Le relai avec les structures adultes s'est mal passé", patiente dont la prise en charge a été inférieure à 3 mois, diagnostiquée schizophrène lors de l'HDJ, toujours diagnostiquée schizophrène, ayant évolué vers la **stabilité avec soins**.

➤ Patients dont la prise en charge a été marquée par un taux d'absentéisme élevé :

"Ça ne m'a pas plu, je ne voyais pas en quoi ça pouvait m'aider", patient dont la prise en charge a été marquée par un taux d'absentéisme élevé, diagnostiqué trouble anxieux sur trouble de personnalité lors de l'HDJ, sans diagnostic récent, ayant évolué vers la **stabilité sans soin**.

« J'ai arrêté l'HDJ parce que c'était difficile d'être avec les autres et de trouver un centre d'intérêt », patient dont la prise en charge a été marquée par un taux d'absentéisme élevé, diagnostiqué trouble de personnalité lors de l'HDJ, actuellement diagnostiqué schizophrène, ayant évolué vers la **stabilité avec soins**.

"Ça m'a aidé à m'exprimer d'une autre manière que je ne le faisais", patiente ayant dont la prise en charge a été marquée par un taux d'absentéisme élevé, diagnostiquée trouble anxieux lors de l'HDJ, sans diagnostic récent, ayant évolué vers la **stabilité sans soin**.

"Ça m'a aidé à sortir de chez moi, rencontrer d'autres jeunes, les temps d'écoute, les entretiens infirmiers, les sorties, le dialogue, tout ça c'était important", patiente dont la prise en charge a été marquée par un taux d'absentéisme élevé, diagnostiquée trouble de personnalité lors de l'HDJ, actuellement diagnostiquée schizophrène, ayant évolué vers la **stabilité avec soins**.

"Ça m'a aidé à surmonter mes crises d'angoisse, ça m'a permis de poursuivre ma scolarité et de m'engager dans une voie professionnelle", patient dont la prise en charge a été marquée par un taux d'absentéisme élevé, diagnostiqué trouble de personnalité lors de l'HDJ, actuellement diagnostiqué trouble du comportement et des émotions, ayant évolué vers la **stabilité avec soins**.

"J'ai bien parlé, je me suis vidé. Ça m'a aidé dans mes relations avec les gens, ça m'a changé la vie. Avec le recul, c'était très bien et important", patient dont la prise en charge a été marquée par un taux d'absentéisme élevé, diagnostiqué trouble de personnalité schizoïde, sans diagnostic récent, ayant évolué vers la **stabilité sans soin**.

"Je me suis rendue compte que je faisais n'importe quoi. L'HDJ m'a aidé, ça m'a permis de me refaire des amis. Mon caractère allait mieux", patiente dont la prise en charge a été marquée par un taux d'absentéisme élevé, diagnostiquée trouble de personnalité lors de l'HDJ, actuellement diagnostiquée trouble des conduites et des émotions, ayant évolué vers la **stabilité avec soins**.

"C'était dur de quitter la structure, ça m'a aidé, je me sens parfaitement bien maintenant", patient dont la prise en charge a été marquée par des absences répétées, diagnostiqué schizophrène lors de l'HDJ, ayant encore été diagnostiqué schizophrène dans les 3 ans, ayant évolué vers la **stabilité sans soin**.

➤ **Patients ayant investi les soins en hôpital de jour :**

"Des hauts et des bas, du mal à m'intégrer", patiente ayant investi les soins en HDJ, diagnostiqué trouble de personnalité émotionnellement labile lors de l'HDJ, toujours diagnostiquée trouble de personnalité, ayant évolué vers la **stabilité avec soins**.

"Le point négatif, c'est que je me sentais effrayée par les autres patients, les points positifs, c'étaient les soins gratuits, avec une thérapie adaptée à mon cas. J'ai eu de la chance d'avoir été soignée, je suis beaucoup plus sûre de moi", patiente ayant investie les soins en HDJ, diagnostiquée TCA lors de l'HDJ, sans diagnostic récent, ayant évolué vers la **stabilité sans soin**.

"Le positif, c'était les rencontres. Mais je ne me suis pas sentie suffisamment protégée par l'équipe par rapport à certains jeunes », patiente ayant investi les soins en HDJ,

diagnostiquée psychose infantile lors de l'HDJ, toujours diagnostiquée psychose infantile, ayant évolué vers la **stabilité avec soins**.

"Je ne comprenais pas trop pourquoi j'étais là. Ça m'a aidé mais pas exclusivement, j'ai rencontré plusieurs personnes dans mon parcours de soins qui m'ont aussi beaucoup aidé", patient ayant investi les soins en HDJ, diagnostiqué psychose infantile lors de l'HDJ, actuellement diagnostiqué trouble de personnalité, ayant évolué vers la **stabilité avec soins**.

"Je me sentais écouté, compris, pris en compte, alors qu'en service adulte, ils ne parlent que de la maladie et lui mettent tout sur le dos. Ça m'a aidé, ça faisait du bien de se sentir écouté", patient ayant investi les soins en HDJ, diagnostiqué schizophrène lors de l'HDJ, toujours diagnostiqué schizophrène, ayant évolué vers la **stabilité avec soins**.

"Etre avec les amis", patient ayant investi les soins en HDJ, diagnostiqué psychose infantile lors de l'HDJ, actuellement diagnostiqué schizophrène, ayant évolué vers la **stabilité avec soins**.

"Se retrouver avec d'autres jeunes. En échec scolaire, j'étais à la recherche d'un endroit pour être avec d'autres jeunes", patient ayant investi les soins en HDJ, diagnostiqué schizophrène lors de l'HDJ, toujours diagnostiqué schizophrène, ayant évolué vers la **stabilité avec soins**.

"Ce sont de bons souvenirs, ça m'a permis d'avancer, de me sentir mieux. Ça m'a fait passer mes peurs, mes angoisses", patient ayant investi les soins en HDJ, diagnostiqué psychose infantile lors de l'HDJ, toujours diagnostiqué psychose infantile, ayant évolué vers la **stabilité avec soins**.

"J'ai de bons souvenirs de l'équipe, des personnes, des jeunes. L'humour était important et il me suit dans ma vie. Etre hors du domicile de mes parents, c'était important, ça m'a aidé dans mon ouverture sur le monde, dans ma prise de parole, dans l'humour. Je suis plus à l'aise et j'ai pris de confiance en moi, je me gère seule », patiente ayant investi les soins en HDJ, diagnostiquée psychose infantile lors de l'HDJ, toujours diagnostiquée psychose infantile, ayant évolué vers la **stabilité avec soins**.

"Ça m'a aidé un petit peu, surtout pour la réinsertion sociale, professionnelle et sur le plan relationnel", patient ayant investi les soins en HDJ, diagnostiqué trouble de personnalité lors de l'HDJ, actuellement diagnostiqué trouble du comportement et des émotions, ayant évolué vers la **stabilité avec soins**.

"Ça m'a aidé à vivre, je ne me sentais pas seul. Le négatif, ça a été le manque de liens après l'hôpital de jour, l'arrêt était trop brutal, le passage en psychiatrie adulte douloureux", patient ayant investi les soins en HDJ, diagnostiqué schizophrène lors de l'HDJ, sans diagnostic récent, ayant évolué vers la **stabilité sans soin**.

"Oui, ça m'a aidé quand même à évoluer, à me reprendre en main. Finalement le regard n'est pas si négatif, des choses convenaient, d'autres pas", patiente ayant investi les soins en HDJ,

diagnostiquée psychose infantile lors de l'HDJ, toujours diagnostiquée psychose infantile, ayant évolué vers la **stabilité avec soins**.

"Le personnel était attentif, je me sentais toujours écoutée et pas jugée. Je me souviens de ma référente, c'était important. Ça me faisait du bien de prendre un rythme, de sortir. Sans l'HDJ, je n'aurais pas évolué", patiente ayant investi les soins en HDJ, diagnostiquée schizophrène lors de l'HDJ, actuellement diagnostiquée trouble de personnalité schizoïde (avec trouble de l'humeur), ayant évolué vers la **stabilité avec soins**.

"Rencontrer d'autres jeunes dans la même situation, ça a été un point d'appui", patiente ayant investi les soins en HDJ, diagnostiquée épisode dépressif majeur sévère lors de l'HDJ, sans diagnostic récent, ayant évolué vers la **stabilité sans soin**.

"Ça m'a aidé à calmer ma nervosité. Au début je n'aimais pas, mais après ça allait mieux, il faut s'habituer", patiente ayant investi les soins en HDJ, diagnostiquée psychose infantile lors de l'HDJ, toujours diagnostiquée psychose infantile, ayant évolué vers **l'instabilité sans soin**.

b. Quelques commentaires de parents :

➤ Patients dont la prise en charge en hôpital de jour a été inférieure à 3 mois :

"Le mélange entre des jeunes de différents niveaux est négatif. L'HDJ était un frein à sa scolarité, je l'ai retiré", patient dont la prise en charge a été inférieure à 3 mois, diagnostiqué trouble anxieux lors de l'HDJ, sans diagnostic récent, ayant évolué vers la **stabilité sans soin**.

"Ça ne l'a pas arrangé du tout, une catastrophe totale, le problème c'est qu'ils sont tous mélangés, avec les enfants à problème", patiente dont la prise en charge a été inférieure à 3 mois, diagnostiquée trouble du comportement et des émotions lors de l'HDJ, actuellement diagnostiquée dépendante aux opiacés, ayant évolué vers **l'instabilité sans soin**.

➤ Patients dont la prise en charge a été marquée par un taux d'absentéisme élevé :

"Ça ne lui a rien apporté, depuis il refuse les soins, ça l'a enterré encore plus, je regrette cette période mais maintenant c'est encore pire", patient dont la prise en charge a été marquée par des absences répétées, diagnostiqué trouble de personnalité lors de l'HDJ, sans diagnostic récent, ayant évolué vers **l'instabilité sans soin**.

"Grand sentiment de solitude de la part des parents", patiente dont la prise en charge a été marquée par des absences répétées, diagnostiquée trouble de personnalité émotionnellement labile lors de l'HDJ, toujours diagnostiquée trouble de personnalité avec problématique addictive, ayant évolué vers **l'instabilité avec soins**.

"J'ai eu l'impression de ne pas être écouté et d'être incriminée", patient dont la prise en charge a été marquée par des absences répétées, diagnostiqué schizophrène lors de l'HDJ, toujours diagnostiqué schizophrène, ayant évolué vers **l'instabilité sans soin**.

"Ça lui a apporté, des adultes qui s'occupaient d'elle. Quand les parents n'y arrivent plus, d'autres adultes prennent le relai pour les maintenir sur les rails", patiente dont la prise en charge a été marquée par des absences répétées, diagnostiqué épisode dépressif majeur sur trouble de personnalité lors de l'HDJ, sans diagnostic récent, ayant évolué vers la **stabilité sans soin**.

"Ça nous a permis de couper le cordon ombilical, c'était une petite victoire sur la vie, ça m'a apporté à moi aussi", patiente dont la prise en charge a été marquée par des absences répétées, diagnostiqué trouble de personnalité émotionnellement labile lors de l'HDJ, sans diagnostic récent, ayant évolué vers la **stabilité sans soin**.

➤ **Patients ayant investi les soins en hôpital de jour :**

"C'était nécessaire, ça lui a permis d'avancer, ça l'a aidé à avoir confiance en elle", patiente ayant investi les soins en HDJ, diagnostiquée trouble de personnalité émotionnellement labile lors de l'HDJ, sans diagnostic récent, ayant évolué vers la **stabilité sans soin**.

"Ça nous a aidé tous les deux, on était tous les deux dans une situation difficile", patient ayant investi les soins en HDJ, diagnostiqué trouble de personnalité lors de l'HDJ, actuellement diagnostiqué psychose infantile, ayant évolué vers la **stabilité avec soins**.

"Ça nous a aidé malgré tout, il avait besoin de soins et d'aide pour ne pas être à 100% à la maison, c'était indispensable ms insuffisant. On regrette de ne pas être informés de l'existence de l'UNAFAM: les rencontres entre parents sont importantes pour partager nos expérience et garder espoir.", patient ayant investi les soins en HDJ, diagnostiqué schizophrène lors de l'HDJ, sans diagnostic récent, ayant évolué vers la **stabilité sans soin**.

"Ça a permis de le remettre en marche, de le refaire sortir de la maison", patient ayant investi les soins en HDJ, diagnostiqué schizophrène lors de l'HDJ, actuellement diagnostiqué retard mental, ayant évolué vers la **stabilité avec soins**.

"C'était difficile de s'organiser par rapport à l'emploi du temps (pas de prise en charge tous les jours) pour les parents pour retourner au travail, organiser le transport", patiente ayant investi les soins en HDJ, diagnostiquée TED lors de l'HDJ, toujours diagnostiquée TED, ayant évolué vers la **stabilité avec soins**.

"L'HDJ était une soupape, il y a fait des rencontres extraordinaires. Il avait l'impression qu'on écoutait sa souffrance", patient ayant investi les soins en HDJ, diagnostiqué psychose infantile lors de l'HDJ, toujours diagnostiqué psychose infantile, ayant évolué vers la **stabilité avec soins**.

"Ça l'a aidé, plus que le traitement", patient ayant investi les soins en HDJ, diagnostiqué trouble de personnalité lors de l'HDJ, sans diagnostic récent, ayant évolué vers la **stabilité sans soin**.

"C'était une période très difficile pour nous deux, la prise en charge m'a bien aidé, soutenue", patient ayant investi les soins en HDJ, diagnostiqué trouble psychotique bref lors de l'HDJ, ayant été diagnostiqué trouble du comportement et des émotions dans les 3 ans, ayant évolué vers la **stabilité sans soins**.

"Elle était bien entourée, par conséquent la famille s'est sentie soutenue, tranquille", patiente ayant investi les soins en HDJ, diagnostiquée épisode dépressif majeur lors de l'HDJ, actuellement diagnostiquée trouble bipolaire, ayant évolué vers la **stabilité avec soins**.

"L'arrêt de l'HDJ a été difficile, il n'avait plus de repère, le relai a été dur avec les structures adultes, il y avait moins de prise en charge. On a eu l'impression d'être mis de côté, de ne pas être entendu », patient ayant investi les soins en HDJ, diagnostiqué psychose infantile lors de l'HDJ, toujours diagnostiqué psychose infantile, ayant évolué vers la **stabilité avec soins**.

"Ça l'a aidé comme garde-fou, un fil où elle revenait régulièrement, ça lui a donné une limite", patiente ayant investi les soins en HDJ, diagnostiquée trouble de personnalité émotionnellement labile lors de l'HDJ, sans diagnostic récent, ayant évolué vers la **stabilité sans soin**.

c. Quelques commentaires de certains de ces jeunes adultes témoignant du regard porté sur la maladie et leur évolution:

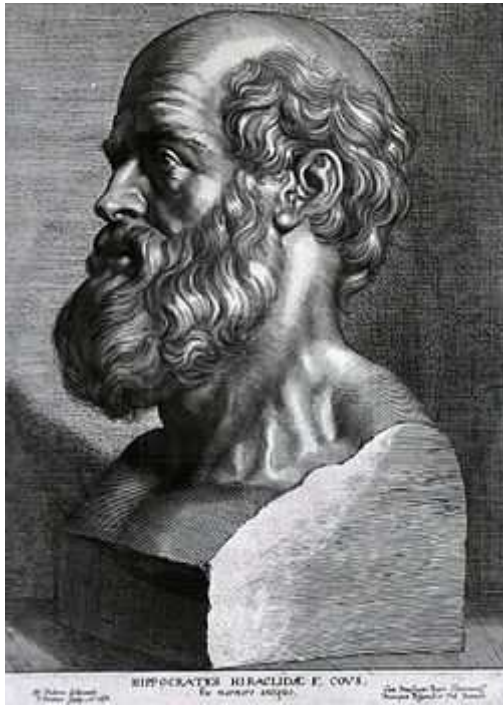
Par les jeunes adultes eux-mêmes :

"Maintenant je sais comment ma maladie agit, j'essaye de gérer au maximum. Je dois faire avec cette maladie. Le regard des autres sur le fait que je ne travaille pas, le jugement est difficile, mais j'ai beaucoup de soutien. Ma maladie ne se voit pas", patiente dont la prise en charge a duré moins de 3 mois, diagnostiquée schizophrène lors de l'HDJ, toujours diagnostiquée schizophrène, ayant évolué vers la stabilité avec soins.

«Ce qui a le plus compté dans mon évolution, ce qui m'a aidé à me stabiliser, c'est les copains et le travail. J'ai déjà fait un grand pas, je dois continuer », patient ayant investi les soins en HDJ, diagnostiquée schizophrène lors de l'HDJ, toujours diagnostiqué schizophrène, ayant évolué vers la stabilité avec soins.

Par leurs parents :

"Le redressement a été spectaculaire en ayant arrêté le traitement et la prise en charge, c'est la vie qui l'a fait évoluer, les bonnes rencontres. Elle est parvenue à positiver son caractère fort, elle a su en faire une force, il faut faire confiance aux ressources du jeune, ses capacités à trouver des solutions", patiente ayant investi les soins en HDJ, diagnostiquée trouble de personnalité émotionnellement labile lors de l'HDJ, sans diagnostic récent, ayant évolué vers la **stabilité sans soin**.



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciplines et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerais jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.